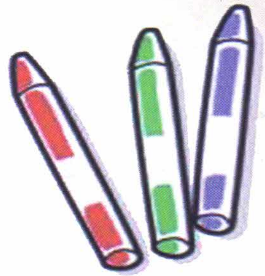
المركز القومى للترجمة

المشروع القومى للترجمة

الصمود لدى الأطفال



تحرير: سام جولدستين

روبرت ب. بروكس

ترجمة وتقديم: صفاء الأعسر



1733

الصمود مفهوم دينمى يعنى القدرة على استعادة القوة والحفاظ عليها على الرغم من التحديات والمحن. وهذا العمل يخاطب المتعاملين مع الأطفال من المتخصصين وغير المتخصصين انطلاقًا من فلسفة علم النفس الإيجابى التى تتلخص فى أن كل إنسان لديه قوى كافية لا يكتشفها ولا يوظفها، وأن الثقافة النفسية تمكنه من اكتشاف جوانب القوة لديه وتوظيفها لكى يحقق النمو والازدهار؛ وإذا كان هذا الكتاب لن يحول المجتمع إلى مدينة فاضلة، فإنه يضع لبنة أساسية فى بناء الثقافة النفسية، كما يرسم خريطة طريق تهدينا فى رحلتنا التى تملؤها التحديات مع الأطفال الذين نرعاهم.



تصميم الغلاف: محمد إبراهيم

الصمود لدى الأطفال

المركز القومى للترجمة

تأسس فى أكتوبر ٢٠٠٦ تحت إشراف : جابر عصفور

إشراف : فيصل يونس

- العدد : 1733
- الصمود لدى الأطفال
- سام جولد ستين ، روبرت ب. بروكس
- صفاء الأعسر
- الطبعة الأولى 2011

هذه ترجمة كتاب:

Handbook of Resilience in Children

ISBN 978-0-306-48571-8

By Sam Goldstein and Robert Brooks

شارع الجبلاية بالأوبرا - الجزيرة - القاهرة . ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ - ٢٧٣٥٤٥٢٦ فاكس: ٢٧٣٥٤٥٥٤

El-Gabalaya St., Opera House, El-Gezira, Cairo

E.Mail:egyptcouncil@yahoo.com Tel.: 27354524 - 27354526 Fax: 27354554

الصمود لدى الأطفال

تحرير : سام جولدستين
وروبرت ب. بروكس
ترجمة وتقديم : صفاء الأعسر

2011

بطاقة الفهرسة

إعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية

إدارة الشئون الفنية

الصمود لدى الأطفال / تحرير : سام جولدستين، روبرت ب. بروكس؛

ترجمة وتقديم : صفا، الاعسر

ط ١ - القاهرة ، المركز القومي للترجمة ، ٢٠١١

٦٨٨ ص : ٢٤سم .

١ - الأطفال - علم نفس .

(أ) جولدستين ، سام (محرر)

(ب) ب. بروكس ، روبرت . (محرر مشارك)

(جـ) الأعسر ، صفاء (مترجمة)

(د) العنوان ١٥٥.٤

رقم الإيداع : ٥٧٢٢ / ٢٠١٠

الترقيم الدولى 978-977-479-985-5

طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

المحتويات

تقديم المترجمة

توقفت كثيراً أمام ترجمة مفهوم Resilience فهو مفهوم وافد من علم المواد، ليصف المادة التى تستعيد خواصها بعد التعرض لعوامل خارجية، إذن هو مفهوم دينامى دال على نشاط المادة ، ولم أوفق فى بداية الأمر إلى مصطلح يحقق هذا المعنى وفى الوقت نفسه يحقق سهولة الاستخدام والتداول - إلى أن توصلت إلى مصطلح الصمود حيث يمكن توظيفه ليتجاوز المسمى إلى المضمون ، وذلك بتحليله ليشير كل حرف من حروفه إلى عملية :

* يشير حرف «ص» إلى الصلابة ، حيث مقاومة الانكسار أمام التحديات والمحن .

* يشير حرف «م» إلى المرونة ، حيث القدرة على تعديل المسار وخلق البدائل .

* يشير حرف «و» إلى الوقاية الداخلية والخارجية ، حيث العوامل الشخصية والبيئية التى تحمى وتقى من الخطر .

* يشير حرف «د» إلى الدافعية ، حيث المثابرة والدأب .

وهكذا تم اختيار مصطلح «الصمود» ترجمة لمفهوم Resilience .

يمثل الصمود لبنة فى منظومة علم النفس الإيجابى ، ذلك المنحى الذى يعظم القوى الإنسانية ويسعى لاكتشافها وتنميتها - فالصمود هو القوة التى تسمح للإنسان أن يتجاوز التحديات وينهض مما يتعرض له من عثرات ليحقق النمو والكفاءة، ويستمد مفهوم الصمود مكانته على الخريطة العلمية من المشهد الاجتماعى ، حيث تحيط بالإنسان منذ نشأته تحديات لا قبل له بتجنبها ولا قبل له بالتغلب عليها، وعليه أن يواجهها أو يتعايش معها أو يتجاوزها ، وهنا تتكشف لنا فاعلية الصمود ودوره المحورى فى بناء الشخصية ، فإذا كانت القوى الخارجية لا قبل لنا بمواجهتها

أو التغلب عليها - فكيف لنا أن ننمى القوى الداخلية كى نحيد تأثيراتها وتداعياتها السلبية بما يمكن أطفالنا من تحقيق النمو والتكامل .

الفكرة الرئيسية فى هذا الكتاب أن هناك مقومات ومتغيرات شخصية وبيئية تسهم فى تنمية الصمود، وأن العلم قادر على استكشافها واستنباتها فى أطفالنا . تتناول وتناقش بعض فصول الكتاب تعريفات الصمود ونظرياته وما يرتبط به من متغيرات، كما تعرض بعض فصول الكتاب للبرامج التدخلية فى مجال تنمية الصمود لدى الأطفال - كل الأطفال : الأسوياء وذوى الاضطرابات النفسية أو صعوبات التعلم ، فى البيئات المحرومة والبيئات الثرية، فى الأسرة والمدرسة والمجتمع المحلى ، كما تعرض للنتائج الإيجابية التى حققتها هذه البرامج ذات المصداقية لدى الأطفال سواء فى الجانب التعليمى أو الشخصى أو الاجتماعى .

فهل يمكن أن نقدم فى مدارسنا برامج تدخلية لتنمية الصمود، لتصبح جزءاً من المنهج المدرسى يتعلم من خلالها أطفالنا المهارات التى تعتبرها نظريات الصمود أنها المهارات الواقية من الخطر كالتفاؤل والتوكيدية وتحديد الأهداف واتخاذ القرارات وغيرها ؟

إن ما تحققه هذه البرامج من مكاسب اقتصادية ، ناهيك عن المكاسب الإثرائية والعلاجية ، تتضاءل أمامها أى أعباء مادية أو بشرية ، لما تحققه من تراجع فى معدلات صعوبات التعلم ، والتسرب ، والعنف والتعاطى والأعراض الاكتئابية .

ختاماً أستعير من «مارتن سيلجمان » مؤسس علم النفس الإيجابى عنوان مقاله المنشور في عدد أكتوبر ٢٠٠٩ من مجلة «المونتور» التى تصدرها رابطة علم النفس الأمريكية (APA) :

«الأطفال الأكثر صموداً أكثر قدرة على التعلم »

وأضيف أن الأطفال الأكثر صموداً أكثر قدرة على تحقيق السعادة الحقيقية لأنفسهم ولمن حولهم، وأكثر قدرة على خلق مجتمع يسوده الاحترام الخلقى والتقدم العلمى والإنجازات الإنسانية.

سدد الله الخطى وبارك السعى

صفاء الأعسر

٢٤ أكتوبر ٢٠٠٩

Contributors

Bonnie Aberson, Psy.D., Pediatric neuropsychologist, 9769 S. Dixie Highway, Suite 1025 Pinecrest, Florida 33156

Robert B. Brooks, Ph.D., Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, and McLean Hospital, Belmont, Massachusetts 02478

Tara M. Chaplin, Ph.D., Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania 19104

Wai Chen, Ph.D., MRC Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, London SE5 8AF, England

Kirby Deater-Deckard, Ph.D., Department of Psychology, University of Oregon, Eugene, Oregon 94703

Shannon Dowd, M.A., Department of Educational Psychology, University of Nebraska–Lincoln, Lincoln, Nebraska 68588

John Eagle, MSW, Department of Educational Psychology, University of Nebraska–Lincoln, Lincoln, Nebraska 68588-0345

Maurice J. Elias, Ph.D., Department of Psychology, Rutgers University, Piscataway, New Jersey 08854

Robert D. Felner, Ph.D., College of Education and Human Development, Education, University of Louisville, Louisville, Kentucky 40202

Jane Gillham, Ph.D., Psychology Department, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania 19104

Sam Goldstein, Ph.D., University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, Utah 84102

Shadi Houshyar, M.S., Department of Psychology, Yale University, New Haven, Connecticut 06520

Linda Ivy, M.S., Department of Psychology, University of Oregon, Eugene, Oregon 94703

Sara R. Jaffee, Ph.D., Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania 19104

Judith V. Jordan, Ph.D., Private Practice, 114 Waltham Street, Suite 17, Lexington, Massachusetts 02421

Howard B. Kaplan, Ph.D., Department of Sociology, Texas A&M University, College Station, Texas 77843

Joan Kaufman, Ph.D., Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, Connecticut 06511

Paul A. LeBuffe, Ph.D., Institute of Clinical Training and Research, The Devereux Foundation, Villanova, Pennsylvania 19085

Marc Mannes, Ph.D., Search Institute, Minneapolis, Minnesota 55413

Ann Masten, Ph.D., Institute of Child Development, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota 55455

Nancy Mather, Ph.D., Department of Special Education, Rehabilitation, and School Psychology, University of Arizona, Tucson, Arizona 85721

Jack A. Naglieri, Ph.D., Department of Psychology, George Mason University, Fairfax, Virginia 22030

Nicole Ofiesh, Ph.D., Department of Special Education, Rehabilitation, and School Psychology, University of Arizona, Tucson, Arizona 85721

Sarah Parker, Department of Psychology, Rutgers, The State University of New Jersey, Piscataway, New Jersey 08854

Melissa Pearrow, M.S., Quincy Public Schools, Dedham, Massachusetts 02026

William Pollack, Ph.D., Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Centers for Men and Young Men at McLean Hospital, Belmont, Massachusetts 02478

Karen Reivich, Ph.D., Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania 19104

Richard Rider, Psy.D., Neurology, Learning and Behavior Center, Salt Lake City, Utah 84102

Jennifer L. Rosenblatt, M.S., Department of Psychology, Rutgers, The State University, Piscataway, New Jersey 08904

Irwin Sandler, Ph.D., Program for Prevention Research, Arizona State University, Tempe, Arizona 85287

Peter Scales, Ph.D., Search Institute, Manchester, Missouri 63021

Susan M. Sheridan, Ph.D., Department of Educational Psychology, University of Nebraska-Lincoln, Lincoln, Nebraska 68588

Myrna B. Shure, Ph.D., Department of Clinical and Health Psychology, Drexel University, Philadelphia, Pennsylvania 19102

Jessica Smith, M.S., Department of Psychology, University of Oregon, Eugene, Oregon 94703

Jennifer Taub, Ph.D., Center for Mental Health Services Research, University of Massachusetts Medical School, Worcester, Massachusetts 01655

Eric Taylor, Ph.D., Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, London SE5 8AF, England

Emily E. Werner, Ph.D., Department of Human and Community Development, University of California, Davis, Davis California 95616

Emily B. Winslow, Ph.D., Program for Prevention Research Center, Arizona State University, Tempe, Arizona 85287

Sharlene A. Wolchik, Ph.D., Prevention Research Center, Arizona State University, Tempe, Arizona 85287

Margaret O'Dougherty Wright, Ph.D., Department of Psychology, Miami University, Oxford, Ohio 45056

تقديـــــم المحررين

وقف الطفل ذو السنوات الخمس عاجزًا وهو يشهد أخاه الصغير يغرق. في العام نفسه أصيبت عيناه بمرض خطير فأصبح يعيش في عالم الظلام. كانت أسرته تعانى من الفقر بما لا يسمح لها بتقديم الرعاية الطبية التي كان من الممكن أن تنقذ بصره. وفي سنوات المراهقة توفى والده، ووجد نفسه في مؤسسة حكومية لرعاية المكفوفين. ولأنه كان من أصل أفريقي فلم يكن يسمح له بمزاولة الكثير من الأنشطة داخل هذه المؤسسة بما في ذلك الموسيقى. على ضوء كل هذه العقبات التي واجهت هذا الصبي لم يكن من الممكن التنبؤ له بأن يصبح موسيقيا ملء السمع والبصر.

هذا الصبي هو راي شارلز (موسيقار أمريكي مشهور). إن قصة هذا الرجل تشبه قصة كثير ممن واجهوا محنا عاطفية وصحية وبيئية، ولكنهم تجاوزوها، ولم يكتفوا بتجاوزها بل حققوا ازدهارًا في حياتهم. ولكن هناك كثيرين مروا بخبرات مشابهة خلال حياتهم انتهت بهم إلى الفقر واليأس والمشكلات العقلية.

المقارنة بين من تغلب على الصعاب الكثيرة ومن عجز عن ذلك تثير تساؤلات مهمة. ما الذي فعله من اجتازوا هذه الصعوبات بما مكنهم من النجاح؟ كيف يفكرون؟ ما الخبرات التي توفرت لهم ولم تتوفر في حياة من عجزوا عن تحقيق هذا النجاح؟ هل بعض هذه الخبرات ذات طبيعة فريدة فى الجينات، أو المعاملة الوالدية، أو التربية، أو وجود "منتور"، أو على أساس الصحة المزاجية أو العقلية؟ في عالم تتضاعف فيه المحن والضغوط من جيل إلى الجيل الذي يليه، تتزايد أهمية الإجابة عن مثل هذه التساؤلات وما يرتبط بها. هذا المجلد المحرر يعكس جهودنا لتناول هذه التساؤلات.

التقينا صدفة في مؤتمر قومي منذ عشر سنوات، كان الكاتب الأول يتكلم عن اضطرابات الطفولة بما فيها من قصور الانتباه وفرط الحركة وصعوبات التعلم. وكان الكاتب الثاني يناقش تركيزه المتزايد على الصفات التي يبدو أنها تساعد الأطفال الذين يتعرضون للخطر أن يقاوموا المحن. وكان هناك تواصل فوري بيننا حيث تبينا أنه بعد خمسين عامًا من الممارسة الإكلينيكية أن أفضل المنبئات بانتقال الأطفال إلى مرحلة الرشد لا تكمن في علاج الأعراض وإنما في فهم وتقدير وتنمية ما لديهم من قوى ومقومات.

لقد أثمرت هذه العلاقة في السنوات العشرة الماضية صداقة حميمة على المستويين المهني والشخصي. لقد أمضينا العديد من الساعات في تطوير أفكارنا حول أهمية المنحى الذي يعتمد على القوة سواء في عملنا أو في حياتنا. لقد تشاركنا في كتابة ثلاثة كتب تركز على عملية الصمود خلال الحياة، اثنان منها تتناول نموذج الصمود لمساعدة آباء الأطفال الذين يعانون من مشكلات كالقلق وصعوبات التعلم والغضب، إلى جانب العديد من المقالات المهنية والعامة. لقد صممنا منهجا للآباء يساعد في تنمية الصمود لدى الأطفال، كما أصدرنا جائزة لهذا الغرض. من خلال هذا العمل تبينا أهمية التفكير والمشاعر والسلوكيات بطرائق معينة باعتبارها وسائل لتحقيق النجاح والسعادة في التعايش مع الحياة.

هذه الخصائص التي ترتبط بالنجاح تجمعت يومًا بعد يوم تحت مظلة الصمود. إن التوجه العقلي الذي يتسم بالصمود والقدرة على مواجهة الصعاب والتغلب عليها ليست ترفًا أو هبة يمتلكها البعض، وإنما هي مكون ضروري تتزايد أهميته لكل البشر. هذا المجال البحثي الناشئ الذي كان يركز فقط على من واجهوا المحن وتغلبوا عليها قد لاقى قبولاً عالميًا، حيث وجه الباحثون والكلينيكيون دراساتهم لخصائص الصمود التي يمكن أن تطبق على البشر جميعًا حتى أولئك الذين لم يمروا بمحن قاسية.

إن ما تعلمناه من دراسة الأطفال الذين تغلبوا على المصاعب الشديدة يمكن تطبيقه للنهوض بحياة الأطفال جميعًا. ليس من الصعب أن نفهم ونتقبل أن مساعدة

الأطفال على تنمية خصائص الصمود كالتعامل بكفاءة مع الضغوط والتوترات، ومواجهة تحديات الحياة اليومية، والنهوض من العثرات والمحن والصدمات، ووضع أهداف واضحة وواقعية، وحل المشكلات، وبناء علاقات مع الغير، واحترام الذات والغير، وكلها مكونات مهمة في الحياة لتحقيق الرضا. كما يقدم هذا المجلد العديد من الدراسات العلمية لأطفال واجهوا محنا شديدة في حياتهم ودعموا الافتراض الأساسي أن الصمود قوة مهمة جديرة بالانتباه الذي يوجه لدراستها.

الصمود يفسر لماذا يتغلب بعض الأطفال على العقبات ويحفرون طريقهم إلى النجاح في الرشد، على حين يتحول آخرون إلى ضحايا لخبراتهم وللبيئات التي عاشوا فيها. ولكن كما سوف يتبين لك مع قراءة هذا الكتاب، أمامنا الكثير مما يجب فهمه عن العمليات الوسيطة التي تشكل الصمود.

كما سبق أن كتبنا في مكان آخر، أن اعتقادنا في أهمية الصمود وكذلك اعتقاد آخرين نما ببطء. وقد نتج عن بطء تعرفنا على الصمود أن كثيرا من الأطفال وأسرهم لم تقدم لهم المساعدة بالكفاءة التي كان يمكن تقديمها لو أن النموذج الذي يتخذ القوة أساسًا له كان متاحًا. حين نتأمل في سنوات ممارستنا الكلينيكية، نتبين أن السبب وراء معاناة كثير من الأطفال أن الآباء والمتخصصين بكل حسن النية أضاعوا وقتهم وجهدهم في إصلاح القصور وليس في بناء المقومات الإيجابية، أو على الأقل توجيه اهتمام مساو للإيجابيات بقدر الاهتمام بالنقائص. إن تركيز الآباء والمعلمين والمعالجين على مشكلات الأطفال أمر يسهل فهمه، فنحن باعتبارنا مهنيين لدينا هذا الانحياز، وهذا ما تدربنا عليه؛ فقد تعلمنا أن نحدد مظاهر الاختلاف السلبي ونضع أساليب التدخل لخفض الأعراض أو المشكلات.

لقد نما الوعي لدى المهنيين أن نموذج القصور قد يصلح لتحديد كيف ولماذا يختلف البشر، أو حتى لوصف الاستراتيجيات لتحسين هذه الاختلافات. ولكن الآن نعتقد ونعلن أن هدفنا الأعلى أن نحسن مستقبل جميع الأطفال، ويتحقق هذا الهدف في أفضل صورة بتحديد جوانب القوة وتعظيمها وبناء الصمود لديهم. إن نموذج

القصور لم يستطع أن يحقق هذا الهدف، والتخفف من الأعراض لا تعني ولا تتكافأ مع تغيير النتائج على المدى الطويل. نحن نرى أن خصائص الصمود التي نتجت عن الدراسات العلمية والتي يتم عرضها في هذا المجلد يمكنها أن تحمي وتعزل ليس فقط الأطفال المعرضين للخطر بل تحمينا جميعًا.

لقد شرفنا كل الشرف بما أبداه المشاركون في تحرير هذا المجلد من اهتمام وترحيب. إنهم يشكلون خلفيات علمية واهتمامات بحثية متنوعة، ولكنهم يشتركون في رؤيتهم لأهمية فهم قوة الصمود وتعظيمها. يبدأ الجزء الأول من الكتاب بثمانية فصول تعطي خلفية عامة. نقدم فيها رؤية أساسية للصمود وأسباب الاهتمام بدراسة الصمود. بعض الكتاب يصفون عمليات الصمود، والمفهوم الأساسي للصمود، وعمليات الصمود لدى الذكور والإناث، تقدم مارجريت رايت وآن ماستن مراجعة شاملة لدراسة الصمود، وكيف تقدمت خلال ثلاث موجات من البحث في العقود الثلاثة السابقة. ويقدم كيربي ديتر - وديكارد وزملاؤهما رؤية لأدبيات الصمود من منطلق بيولوجي نفسي اجتماعي. وفي الفصل يقدم شادي هوشيار وجون كوفمان عرضًا للصمود لدى الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة، ويقدم بيل بولاك وجودي جوردان عرضًا للصمود لدى الذكور والإناث. ويسعدنا غاية السعادة ما قدمته إيمي ورنر من أبرز الباحثين في مجال الصمود، وهو عرض لما تعلمناه عن الصمود من الدراسات الطولية التي أجريت على نطاق واسع. وينتهي الفصل الأول بفصل كتبه جاك ناجليبري وبول لبوف عن قياس الصمود وفيه يعرضون خبرتهم في المجال، ويقدمون رؤيتهم المستقبلية عن تقييم الصمود في الممارسة الكلينيكية.

أما الجزء الثاني فيتناول بعض القضايا البيئية، فيتناول الفقر، والعنف الأسري، والمرض العقلي لدى الوالدين، والأسر باعتبارها سياقا أو مجالا لتوافق أو تواؤم الأطفال، والأطفال باعتبارهم ضحايا. وأما الجزء الثالث فيطبق الصمود باعتباره ظاهرة في الاضطرابات الكلينيكية التقليدية كالجناح وغيره من الاضطرابات الهادمة، والاكتئاب، كما يرتبط بالعجز المكتسب، وصعوبات التعلم، والشباب ذوى الخلل في ضبط الذات.

ويناقش كل من جين جيليام، وكارين ريفيش، وتارا شابلن ومارتن سليجمان أبحاثهم في جامعة بنسلفانيا وتركيزهم المتزايد على الصمود باعتباره وسيلة لخلق تهيؤ عقلي متفاعل في مواجهة التوتر والضغوط. أما الجزء الرابع فيقدم جهودنا في إنشاء علم نفس تطبيقي للصمود. يركز كثير من الكتاب على طرائق استخدام نظرية الصمود لتحسين الوالدية، وبناء احترام الذات، وإتاحة الفرص التربوية، والحد من انتشار العنف في المدارس، وتحسين التفكير الفعال، يقدم إميلي وينسلوا، وأروين ساندلر وشارلين وولشيك وصفا لبرنامج لبناء الصمود لدى كل الأطفال من خلال منحى الصحة العامة، كما قام موريس إلياس وسارة باركر وجينفر روزينبلات بوصف نموذج لإتاحة الفرص التربوية باعتبارها وسيلة لتعظيم الصمود.

كما قامت جنيفر توب ومليسا بيرو بوصف برنامج لمنع العنف في المدرسة باعتبارها وسيلة لتعظيم الصمود.

سوف يخاطب هذا الكتاب أي المتغيرات وأي العمليات داخل الطفل، والأسرة المباشرة، والمجتمع تتفاعل فيما بينها لتستبعد الآثار السلبية للمحن وبالتالي تضيف من احتمال النمو الإيجابي وليس الاختلال الوظيفي. بعض هذه العمليات قد تعكس بعض الظاهر الجينية، والبعض الآخر ينصب على التفاعل بين الجينات والبيئة المباشرة، والبعض الآخر يعكس تأثيرات البيئة الممتدة. بعض هذه العمليات قد يعمل على الحماية من التأثيرات السلبية للمنغصات على حين يعمل البعض الآخر على تحسين النمو بصرف النظر عن وجود أو عدم وجود منغصات.

سوف يكون هذا الكتاب هو الأول من كتب عديدة نهدف من خلالها إلى تغيير الأسس التي يقوم عليها علم النفس التطبيقي. ونأمل أن يقدم هذا المجلد للقارئ أفكاراً ونظريات جديدة، وطريقة أكثر دقة لفهم الأطفال ومساعدتهم، وكما كتبنا في كتابنا المشترك تنشئة أطفال يتسمون بالصمود الذي صدر (Raising Resilient Children 2001) أن انشغالنا بأطفالنا ومستقبلهم هو الأساس، وهناك ما يدعونا للتفاؤل بخصوص مقاومتنا للآثار السلبية في حياتهم. إن القرن الجديد يقدم لنا احتمالات لا حدود لها

وجوانب للتقدم لم نتخيلها. ولكننا نعتقد وبشدة أن المستقبل ليس في التكنولوجيا ولكن في أطفالنا، أطفال يدعمهم الآباء، والمعلمون، والمربون، وغيرهم من الراشدين بصفات الصمود اللازمة لمساعدتهم على تشكيل المستقبل برضا وثقة.

S.G

R.B

المراجع:

Brooks, R. & Gold stein, S. (2001) Raising Resilient children. New York: Contemporary Books.

(الجـــزء الأول)

نظـــرة عامـــة

الفصل الأول

لماذا ندرس الصمود النفسي

سام جولدشتين

روبرت بروكس

بدأت دراسة الصمود النفسي منذ خمسين عامًا، وفي هذا الوقت كان عدد الباحثين محدودًا ومجال الدراسة محدودًا أيضًا، وكما أشار(٤٩) كان المجال لا يعكس البحث عن الظاهرة الفعلية وإنما الميكانيزمات النمائية والموقفية التي تتضمنها العمليات الواقية[١]. لم يكن الاهتمام موجهًا نحو العوامل التي تعزل أو تحمي وإنما كيف تؤثر هذه العوامل، وكانت دراسة الصمود النفسى تركز على المعرضين للخطر[٢] وبصفة خاصة من استطاع منهم التغلب على التحديات والمصاعب العاطفية والنمائية والاقتصادية والبيئية التي واجهته في رحلة العمر.

لقد اتسع مجال دراسة الصمود النفسي في العشرين سنة الأخيرة، ويرجع ذلك إلى الحاجة الملحة لدراستها وهناك أسباب عدة لذلك: (١) مع التقدم التكنولوجي زادت عدد المشكلات وزاد عدد الشباب الذين يواجهونها، وبالتالي أصبح هناك مزيد من الشباب المعرض للخطر.(٢) تزايد الاهتمام ليس فقط بالتعرف على عوامل الخطر[٣]

(1) Protective factors

(2) High risk.

(3) Risk factors.

ملحوظة مهمة . الرقم بين القوسين يشير إلى ترتيب المرجع فى قائمة المراجع.

وعوامل الحماية وكيف تعمل، وإنما بتوظيف هذه المعرفة في التدخل الإكلينيكي ليس فقط لتحقيق نتائج إيجابية للمعرضين للخطر، وإنما للشباب بصفة عامة حتى نبني توجهًا عقليًا[٤] للصمود النفسي لدى الشباب جميعًا (٩).

ترجع أهمية صمود التوجه العقلي إلى رؤية مؤداها أنه لا يوجد أحد لديه مناعة ضد الضغوط في بيئتنا المليئة بالتوترات، هذه البيئة التي هيأناها لنعد أطفالنا ليصبحوا راشدين فاعلين، وحتى الأطفال الذين أسعدهم الحظ ولم يتعرضوا لمحن أو صدمات، ولم يتحملوا أعباء القلق والتوتر فإنهم يستشعرون الضغوط المحيطة بهم والتوقعات التي تلاحقهم. ولذلك كان اهتمام هذا المجال بتحديد المتغيرات التي تبني الصمود في مواجهة الصعاب والمحن، ووضع نماذج تطبيقية لها. المعتقد إذن أن كل طفل قادر على تنمية توجه عقلي يتسم بالصمود سوف يكون أكثر قدرة على التعامل بكفاءة مع الضغوط والتوترات، وعلى مواجهة التحديات اليومية، وعلى التعافي عند مواجهة الصدمات والمحن والصعاب، وعلى وضع أهداف واضحة وواقعية وعلى حل مشكلاته، وعلى التواصل بكفاءة مع الغير وعلى احترام نفسه واحترام الغير.

لقد أجريت بعض الدراسات الطولية في السنوات الأخيرة لفهم هذه العمليات والتوصل إلى نموذج يتضمن التفاعل المركب بين العوامل المهددة بالخطر والعوامل الواقية، بهدف تطبيق هذه المعرفة في الممارسات العيادية (٢٦) (٣٦) (٥٢) (٥١) (٦٩) (٧٠) (٧٢). وقد قدمت هذه الدراسات إسهاماتها بطريقتين:

أولاً: حددت مصادر (العوامل الواقية) التي تنبئ بالتوافق الناجح على مدى العمر لمن تعرضوا لمحن، ثانيًا: بدأت عملية وضع نماذج عن كيف تنمي هذه العوامل الواقية التوافق (٧٦).

أما عن إمكانية تطبيق هذه العمليات على كل الشباب تحسبًا لمواجهة المحن فمازال أمرًا يحتاج لأدلة عملية. يرى ماستن (٣٩) أن الدلائل تشير إلى أن عمليات

---

(4) Resilient mental set.

الصمود النفسى ليست فقط ذات فاعلية وإنما أيضًا يمكن تطبيقها كما ظهر في تعافي أطفال التبني في المؤسسات التي تعاني الحرمان، حيث أصبحوا أقرب ما يكون إلى السواء. وتعكس هذه النتائج الإيجابية لكثير من أطفال التبني فى رومانيا هذه العمليات (٣٩)، ويؤكد روتر (٥٢) وفريقه البحثي في دراستهم عن أطفال التبني الرومانيين والإنجليز[١] إن عددًا كبيرًا من هؤلاء الأطفال تقدموا بصورة دالة وحققوا تعويضًا دالاً في النمو العقلي والجسمي.

إن إنشاء علم نفس إكلينيكي للصمود النفسي لابد أن يبدأ بفهم المتغيرات المرتبطة بها والاعتراف بها. الصمود النفسي باعتباره عملية يمثل عمليات جسمية ونفسية واجتماعية، وهذه العملية تأخذ في اعتبارها عوامل بيولوجية واجتماعية ونفسية لكل منها تأثيرات متعددة الاتجاهات تسهم في الأداء الوظيفي المناسب على مدى الزمن (٥٥) (٦٢). مثل هذا النموذج يجب أن يبدأ من قاعدة أساسية تدرس وتقدر مفهوم الرفاه أو طيب الحياة[٢].

في كتابات عن الرفاه لدى الأطفال من أشار إلى منحى متكامل لتنمية الصمود النفسى يتضمن أربعة مفاهيم أساسية: الكفاءة[٣]، والصمود النفسي[٤]، وتعديل النظام الاجتماعي[٥]، والتمكين[٦] ويرى كوين أنه رغم أن الرفاه مازال مفهومًا مجردًا، فإن مواصلة البحث في هذه المفاهيم الأربعة تمثل جهدًا واعدًا في التوصل إلى نموذج علمي منطقي ومعقول لضمان الصحة النفسية. في دراسة أكثر تعمقًا أكد التوصل على أهمية الصمود النفسي في المفهوم الأوسع للرفاه ويرى (٢١) أن إطار العمل في الرفاه

---

(1) English and Romanian Adoptees study.

(2) Well ness.

(3) Competence.

(4) Modifiability.

(5) Empowerment.

(6) R mental set.

أو طيب الحياة يفترض نمو نظم شخصية اجتماعية صحية تؤدي إلى نموه وتحققه، وتحد من قصوره أو اختلاله، ويؤكد إطار العمل في الرفاه على التفاعل بين الطفل والأسرة والتعليم، ومع الراشدين من خارج الأسرة ومع الرفاق، الواضح أن كوين يشير إلى التفاعل بين الطفل والبيئة، وهو تفاعل ينبئ بقوة الصمود النفسي لدى الفرد عند مواجهته للمحن.

إن غياب المرض لا يعني الرفاه النفسي، ومازال هذا المفهوم يمثل تحدياً لكثير من مجالات الصحة النفسية (٣٤). لقد تدرب المتخصصون في الصحة النفسية على جمع البيانات باستخدام أدوات متعددة لقياس الأعراض، هذه الأعراض تعني أو تتساوى مع ضعف التوافق، وضعف التواؤمية، والكرب، ومشكلات الحياة. إن التأكيد على السلبيات يتساوى مع رؤية مؤداها أن التخفف من الأعراض سوف يؤدي بالضرورة إلى نواتج إيجابية.

الواقع أن تصنيف الأمراض ومنظومة الصحة النفسية كليهما يعكس قياس الأعراض وشدتها وتشبعاتها في التحليل العاملي. ولكن غير المتاح هو علم لتصنيف الأمراض ومنظومة تقيس التواؤمية والصلابة والصفات اللازمة للتعامل بنجاح مع المحن والتغلب عليها.

ومازالت الممارسة الإكلينيكية تؤكد الاعتراف بأن هذه الظواهر وليس التخفف من الأعراض أو غياب عوامل خطر معينة هي أفضل المنبئات بالتواؤم والصلابة والتوافق.

كما أشار كوين (٢١) لابد أن يمتد مجال الصحة النفسية ليتجاوز التدخل العلاجي على أساس الأعراض، إذا أردنا أن نتجنب تزايد الكرب ومشكلات الصحة النفسية لدى الأطفال، ولابد من تركيز أكبر على طرائق تنمية وفهم العوامل داخل الفرد وفي البيئة المباشرة والبيئة العامة التي تمنع وتعزل الاضطرابات الوجدانية والسلوكية. إن فهم هذه الظاهرة يعادل في أهميته فهم ميكانيزمات وعمليات تفسير أسباب تطور الأعراض ونظرية للتدخل النظري الذي يدعمه التطبيق العملي، الذي يغير هذه الميكانيزمات والعمليات بطرائق تعدل المسارات النمائية.

توصلت دراسات التحليل الفوقي[1] لفاعلية البرامج التدخلية إلى أدلة تتزايد مع الزمن عن القدرة على إنقاص عدد الشباب ذوى المشكلات الوجدانية والسيكاترية من خلال فهم القوى التي تشكل نواتج الحياة (٦٩)[2] كما يشير إلى أن تحقيق غير المتوقع هدف ممكن تحقيقه. لقد بذل الباحثون الجهد لتناول الظاهرة البيولوجية النفسية الاجتماعية المعقدة التي تؤثر في ظهور وانتشار المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الشباب وكانت عيونهم على علم للوقاية (١٨)[3].

الصمود النفسي واحد من عدد من البنى أو البناءات[4] التي تحمي وتقي أو تحد من التعرض للخطر (٣٥)، وهناك عوامل أخرى مثل الصلابة، والتواؤمية، والتوافق والتمكن، وحسن الملائمة بين الطفل والبيئة، وحماية الكبار للصغار من الصدمات، وكما يشير (٥٦) في رؤيته التفاعلية التبادلية للنمو إلى أن هناك مجموعة من العوامل داخل الطفل وداخل البيئة في حالة تفاعل متبادل دائم ومستمر على مدى الزمن، ومن خلال الرعاية المتجاوبة والمناسبة، ومن خلال بيئة تسمح بالتواؤم المتبادل (البيئة تتعدل والفرد يتعدل) يمكن تحقيق مخرجات جيدة (١٢). في مثل هذا النموذج يفترض أن يكون النمو غير متصل[5] بمعنى أنه يتميز بتغيرات نوعية وإعادة تنظيم، وأن يكون الأطفال منظمين إيجابيين لخبراتهم، وتكون تفاعلاتهم مع الآخرين ثنائية الاتجاه، فاستجابة الأطفال لسلوك الراشدين تؤثر في هذا السلوك. يتفق هذا النموذج مع ملاحظات جاري درشير عن الذكاء الاصطناعي حيث يرى الإنسان آلات للاختيار[6]، بمعنى أنهم يتصرفون جزئيًا استجابة لحاجات جينية ملحة، ولكنهم يخلقون الأسباب المنطقية

---

(1) Metaanalysis.

(2) Out comes.

(3) Science of prevention.

(4) Constructs.

(5)Discontious.

(6) Choice machines.

لتصرفاتهم. هذه الأسباب ليست مثبتة في الجهاز العصبي أو أصيلة[1] وإنما هي استجابية وقابلة للتعديل تبعًا لمتطلبات البيئة وهي تساعد في توجيه السلوك في المستقبل(٢٢).

أخيراً فإن التأثير الجيني القوي لدى الإنسان يوجه الأطفال دائمًا نحو محاولة بناء حالة من التوازن الحيوي[2] السوي، وفي هذا النموذج نتوقع ألا تؤدي خبرة صدمية ما إلى نتائج سلبية مزمنة إنما هو تراكم وتكرار وقوة وجود الضغوط والكروب التي تزيد من الخطر. في مثل هذا التصور، يقع الخطر في محاور ثلاثة: (١) مخاطر خارجية مقابل الحماية، (٢) الاستهداف[3] للخطر مقابل عدم الاستهداف، (٣) الافتقار للصمود النفسي مقابل الصمود النفسي (٢٩). من هذا النموذج نستمد عدة فرضيات: (١) تنشيط استثارة مناسبة للمرحلة العمرية تسهم في تنمية الطفل، وتوفر له الحماية وتحد من الاستهداف أو التعرض للخطر. (٢) عوامل واقية من الخطر، أي عوامل داخل الطفل سوف تتفاعل وتعزز وتزيد من عوامل واقية في البيئة، ويصدق هذا على عوامل الخطر أيضًا. (٣) تتفاعل عوامل الخطر وعوامل الوقاية مع عدد من المتغيرات كطول فترة التعرض للخطر، وتاريخ التعرض للخطر بما يسهم في تحديد النتائج. (٤) يمكن الحد من عوامل الاستهداف للخطر وزيادة عوامل الصمود النفسي بإدخال عوامل واقية إضافية. (٥) إن التعرض المحدود للخطر قد يزيد من الصمود النفسي ولكن هذه النتيجة غير مضمونة. في إطار هذه النماذج النظرية والتي سوف تناقش في فصول هذا الكتاب، يلعب مفهوم الصمود النفسي دوراً أساسيًا وفي إطار نماذج الرفاه وطيب الحياة يصبح مفهوم الصمود النفسي جديراً بالتحديد وبإفراد مجال خاص لدراسته.

---

(1) Hard wired.

(2) Normal homeostasis.

(3) Vulnerability.

يتميز مفهوم الصمود النفسي بالمباشرة والوضوح إذا ما قبلنا بإمكانية فهم الوسائل أو الطرائق التي من خلالها يحقق الأطفال الازدهار الوجداني والسلوكي والتعليمي والبينشخصي سواء عند مواجهة خطر أو محنة أو في الظروف العادية. هذا النموذج يتيح لنا استبصاراً ذا قيمة بالخصائص التي تحمي وتقي عند مواجهة المحن المختلفة سواء كانت مشكلات صحية(١١) يتعرض لها الأطفال، أو مخاطر أسرية (٣) (٤) (٣٢) (٧٣)، أو مشكلات نفسية (٧٤) كطلاق الوالدين (٥٧) أو فقد أحد الوالدين (٣٧) أو مشكلات مدرسية (٦١). إن الوالدية التي تتميز بالكفاءة تلك التي توفر مناخاً ديمقراطياً، ويكون فيها الوالدان قريبين من أطفالهما، كما يتوفر فيها الرقابة، والمساندة وكلها عوامل واقية تحد من خطورة السلوك المعادي للمجتمع (٢٣) (٣٨)، ويبدو في الواقع أن الشباب الذي يتميز بالأداء الجيد في الرشد وبصرف النظر عن تعرضه أو عدم تعرضه لمحن وكروب تسود بينه صفات مشتركة فيما يتعلق بالصلابة أمام الضغوط، ومهارات التواصل، وحل المشكلات، والتنظيم الذاتي والارتباط بالغير، ورغم أن الدراسات المبكرة للصمود النفسي أشارت إلى دور خصائص استثنائية" لدى الطفل تؤدي إلى عدم استهدافه للتعرض للخطر (٢٧)، فقد يبدو الآن أن الصمود النفسي يعكس عمليات نمائية عادية جداً تفسر التوائم (٣٩) (٤١)، على الرغم من أن التركيز على الأعراض والتخفف من الأعراض مقياسا للخطر قد يكون مُرضياً لتحديد الحاجات الملحة وتشخيصها داخل النموذج المرضي، ولكن هذه البيانات قد تكون ضرورية ولكنها ليست كافية لتحسين الأداء الوظيفي في المستقبل. فالواقع يؤكد أن ليس كل الأطفال الذين واجهوا صعاب أو تعرضوا لمخاطر في طفولتهم تحولوا إلى حالات مرضية في أسلوب حياتهم كمراهقين أو راشدين أو أنهم واجهوا مشكلات تعليمية. كذلك فإن عوامل الخطر لا ترتبط بنواتج محددة، بل ترتبط بظواهر نمائية عامة، ومن المحتمل أن يكون هناك تفاعل مركب ومتعدد الأبعاد بين عوامل الخطر والوظائف البيولوجية والقضايا البيئية وعوامل الوقاية التي تجتمع لتنبئ بالنواتج.

في هذا الإطار يمكن تعريف الصمود النفسي باعتباره تحقيق الطفل لمخرجات نمائية إيجابية وتجنبه للمخرجات التي لا تحقق التوافق عندما يتعرض لمحن أو صعاب (٧٥).

في الإطار الإكلينيكي يمكن تعريف محصلة توفير الفرص للطفل بما يسمح له بتنمية المهارات اللازمة لمواجهة المحن التي تمر به خلال رحلته إلى الرشد بكفاءة. لقد غيرت دراسة الصمود النفسى كثيرًا من الافتراضات السلبية التي تقوم عليها النماذج التي تركز على القصور في تناولها لنمو الأطفال، الذين ينشأون تحت تهديد الظروف الصعبة والمحن (٣٩).

وأخيرًا فإن التكامل بين دراسات الصمود النفسي والتطبيقات الإكلينيكية كإطار أكثر اتساعًا يمكن أن يقوم على أربعة افتراضات (٦): أولاً: يساعد الصمود النفسي على بناء مجتمعات أساسها علاقات تسودها الرعاية والاهتمام مما يدعم النمو الإنساني. ثانيًا: إن الصمود النفسي يحقق حاجات الشباب في الانتماء والاستقرار. ثالثًا: الصمود النفسي يدعمه حياة الممارسين المشهورين. رابعًا: الصمود النفسي يحقق مصداقية حكمة القلب أو الممارسات الحدسية الطبيعية مما يوجه التدخل الإكلينيكي.

سلسلة من المخاطر:

على الرغم من أن الأطفال بطبيعتهم معرضون لمخاطر متعددة على امتداد التاريخ الإنساني، فإن المجتمعات التي تسودها التكنولوجيا المتقدمة تخلق لأطفالها مخاطر جديدة ومختلفة، فالفقر كمثال كان مصدر خطر للأطفال عبر التاريخ، ولكن ما يترتب عليه من تأثير على الأطفال يختلف باختلاف الزمن. بدءًا من أعمال (٤٤) (٢٧) الذي درس الأطفال الذين ينشأون في بيئات فقيرة، تساءل الباحثون في دراساتهم عن العمليات التي تحمي أو تعزل الأطفال الذين تعرضوا لخطر الاضطرابات المرضية من الوقوع في هذه الاضطرابات، وقد كتب (٢٤) عن الأطفال الذين تعرضوا لصدمات في الهولوكوست، والمتغيرات التي ساعدت بعضهم على البقاء. في كثير من هذه الدراسات كانت هناك نتائج إيجابية غير متوقعة مما قوى الاعتراف بأن قدرة الطفل على الاحتفاظ بكفاءته تحت ظروف المحن ليست حدثًا عشوائيًا، بل يمكن بحثها وفهمها وغرسها وتثبيتها (٢٨).

ميز الباحثون بين نمطين من عوامل الخطر التي تواجه الشباب، الأول يعكس الخطر العام الذي يتعرض له الجمهور العام من الأطفال كأطفال الأسر التي تعاني الأم فيها من الاكتئاب، أو يغيب عنها الأب. والنوع الثاني من الخطر ويتضمن العوامل التي تميز النتائج الإيجابية بين جماعات لديها أنواع معينة من الخطر أو من لديهم خطر محدود. في كل حالة لابد من دراسة وفهم كل عامل خطر ثم يوضع في إطار متغيرات الخطر ومتغيرات الوقاية. وهذا هو سبب تعقد البحث في الصمود النفسى . هذا هو نتيجة الثقافة المركبة المتقدمة تكنولوجيًا، إن نظرة سريعة لإحصائيات الخطر المتعدد يجعل هناك حاجة شديدة لإنشاء علم نفس إكلينيكي للصمود النفسي.

تبعًا لما ورد عن مراكز بحثية (١٣) فإن ١٢٪ من التلاميذ فكروا في الانتحار، ويعتبر الانتحار السبب الثالث الذي يؤدي للوفاة في سن ما بين ١٥-٢٤، ويندر وإن كان يتزايد في سن ١٠-١٤، ثلاثة ملايين من المراهقين يعانون من الاكتئاب، فى أثناء سنوات المراهقة، ولا يحصل منهم على خدمات الصحة العقلية، إلا ثلث هذا العدد.

وتبعًا لما ورد عن مراكز بحثية (١٣)، (٦٣) ترتبط حوادث الطرق لدى نصف المراهقين بتعاطي الكحول والمواد المخدرة و٣٠٪ من المراهقين المنتحرين لديهم مشكلات تعاطي الكحوليات أو المواد المخدرة، وأكثر من هذا فإن الأطفال والمراهقين الذين يتعاطون الكحوليات والمواد المخدرة يرتفع معدل السلوك الخطر بينهم مقارنة بالجمهور العام. تبعًا لمركز بحثي (٤٣) ٣٧٪ من الأطفال أي ٢١ مليون طفل من الأطفال الأمريكيين يعيشون في أسر ذات دخل منخفض. ٤٠٪ من الأطفال دون السادسة يعيشون في أسر متوسط الدخل فيها أقل من ٢٧,٠٠٠ دولار ومتوسط عدد أفرادها ٤ أفراد وهو حد الفقر، و١٦٪ أي ١١ مليون يعيشون دون حد الفقر و٦٪ من الأطفال أي ٥ مليون طفل يعيشون في فقر مدقع. وترتفع معدلات الفقر لدى الأمريكيين من أصول أفريقية لتصل إلى ٣٠٪، أو أصول لاتينية وتصل إلى ٢٨٪.

تبعًا لما ورد عن مركز[1] بحثي يعتبر القتل ثاني سبب يؤدي للوفاة بين الفئة العمرية ١٥ إلى ٢٤ وهو السبب الرئيسي للوفاة لدى المراهقين من أصل أفريقي والسبب الرئيسي الثاني لوفاة المراهقين من أصل إسباني، في عام ٢٠٠٠ بلغت الإصابات الناجمة عن العنف في الفئة العمرية من ١٠ إلى ١٩ (٤٠٠,٠٠٠) وبلغ عدد الضحايا المصابين نتيجة لسوء المعاملة ٨٠٠,٠٠٠ طفل.

وتبعًا لما ورد عن هيئة خاصة بدعم الأطفال (١٤) كان يتم الإبلاغ عن حالة سوء معاملة أو إهمال كل ١١ ثانية، أكثر من نصف مليون طفل يعيشون مع أسر بديلة، وكل دقيقة يولد طفل ليس له تأمين صحي، هناك ملايين الأطفال يفتقدون الرعاية الآمنة المناسبة، كما يفتقدون الرعاية التربوية في مرحلة ما قبل المدرسة أثناء وجود آبائهم في العمل، سبعة ونصف مليون طفل يتركون في المنزل دون رقابة بعد عودتهم من المدرسة، وما يقرب من ٨٠٪ من الأطفال الذين يعيشون في حد الفقر أو دونه يعملون (٦٧).

في تقرير صادر عن هيئة قومية (٤٣) فإن طفلا من كل سبعة أطفال يتعرض للبلطجة[2] في المدرسة، ويوجد في كل فصل ثلاثة أو أربعة ضحايا للبلطجة. وكثير من الضحايا ينعزل نتيجة للبلطجة.

تبعًا لما ورد عن هيئة معنية بالأطفال (١٥) (١٣) انخفض معدل إنجاب المراهقات في المرحلة العمرية ١٥-١٩ سنة، ولكن ارتفعت معدلات انتقال عدوى الأمراض الجنسية، هذه الإحصائيات تمثل عينة لاتجاه آخذ في الازدياد وهو يجسد الحاجة الشديدة إلى علم نفس إكلينيكي للصمود النفسي.

نحو تحديد علم نفس إكلينيكي للصمود النفسي:

يعرف الصمود النفسي في علم المواد ٢٢بأنه قدرة المادة على استعادة شكلها أو وضعها الأصلي بعد أن تطرق أو تمدد أو تضغط، يمكن تعريف الصمود النفسي

(1) Centers for Disease control and Prevention National Household survey of Drug Abuse .

(2) Bully.

في هذا الإطار بالخصائص التي تسهم في سرعة التعافي الممكن ودرجته بعد التعرض للضغط أو التوتر، كما سبق في المناقشة كان التطبيق الأولي للصمود النفسي في الممارسة الإكلينيكية يركز على عدم وجود تشخيص إكلينيكي أو مشكلات سيكاترية على مدى الزمن في مواجهة المحن أو الضغوط (٤٧) يرى روتر (٥٠) أن الصمود النفسي والاستهداف للخطر يمثلان قطبين متصلين يعكس الاستهداف في أحد قطبيه والنتائج الإيجابية أو الحيادية عند التعرض للخطر عند القطب الآخر. وقد دعم هذا المفهوم(١)، كما "توحي الصورة المبكرة للصمود النفسي سواء في المجال الأكاديمي أو الجماهيري بأن هناك شيئًا خارقًا أو خاصًا لدى هؤلاء الأطفال الذين يوصفون بأنهم لا يقهرون[١] ولا يستهدفون للخطر(٣٩)"، وهكذا كان الصمود النفسي في المجال الإكلينيكي يعكس عملية لا تنتج عن العلاج النفسي أو غيره من صور التدخل، وإنما تعكس قوى خاصة وغير عادية داخلية تساعد الأطفال على التغلب على ما يواجهونه من محن، وكان الاعتقاد أن هذه القوى والخصائص الداخلية لا توجد لدى غيرهم، ولكن أشارت ماستن إلى أن الصمود النفسى قد يكون ظاهرة عامة ناتجة عن نظم إنسانية تواؤمية، وحين تعمل هذه النظم يكون النمو ناجحًا حتى في وجود المحن، وإذا حدث أي اضطراب في هذه النظم يقع الأطفال في المعاناة.

إن الصمود النفسي (٤١) في المجال الإكلينيكي يتطلب محكين أساسيين الأول يتعلق بالتهديد فلا يعتبر الشخص صامدا إلا إذا واجه محنة شديدة تعوق أو تفسد النمو الطبيعي وتغلب عليها، والثاني يتعلق بالتوصل لتقدير الناتج الإيجابي أو الناتج الجيد في مواجهة المحنة، وقد ظلت هذه القضية المعقدة قائمة حتى بدأت معالجتها عمليًا حديثًا (٤٢). فمازال معظم الممارسين يعرفون الصمود النفسي على أساس أنه طفل يحقق المتطلبات الأساسية للطفولة بنجاح (في المدرسة ومع الأصحاب والأسرة) على الرغم من مواجهته ضغوط شديدة في حياته، ولابد أن نضع في الاعتبار أن الطفل الذي واجه صعوبات نمائية متعددة ولم تظهر عليه أعراض مرضية يعتبر لديه صمود نفسي. حتى وإن لم يحقق نجاحًا أكاديميًا أو اجتماعيًا (١٩) (٦٦).

(1) Materials Sciences.

يطرح (٨) نموذجًا وظيفيًا لفهم عملية الصمود النفسي يصلح تمامًا لوضع أساس لعلم النفس الإكلينيكي للصمود النفسي، ويتضمن النموذج أربع مجالات ذات تأثير، ونقطتي تفاعل بين هذه المجالات، وتعكس الأربعة مجالات: (١) مصدر التحدي أو الضغط. (٢) المجال البيئي. (٣) الخصائص الشخصية. (٤) الناتج، وتعكس نقط التفاعل الالتقاء بين البيئة والفرد، وكذلك بين الفرد واختياره للناتج. وقد طرح الباحثان تساؤلات حول الميكانيزمات الدقيقة التي يتم من خلالها التفاعل بين الضغوط والتحديات من ناحية والبيئة والخصائص الشخصية سواء الوراثية أو المكتسبة والعمليات التي يستخدمها الأفراد لمواجهة الضغوط أو المحن من ناحية أخرى. وتعكس هذه العمليات في الأغلب المهارات التي تعلمها الفرد من خلال تعرضه تدريجيًا وبصورة متكررة للتحديات والضغوط. وما عبر عنه "نموذج التطعيم ضد الضغوط" (٤٨)[1] ويعكس هذا النموذج ما ورد، في بناء الصلابة ضد الضغوط من خلال مساعدة الأطفال على تنمية صمود التهيؤ العقلي (٩) (١٠).

هناك ثلاث أنماط من العوامل الواقية التي تكرر ظهورها لدى الفئات المرضية (٦٨). يعكس النمط الأول وجود نزعة مزاجية[2] لدى الفرد تستتبع استجابات إيجابية من البيئة، الطفل ذو المزاج الهادئ في أسرة تواجه ضغوط شديدة. ويعكس النمط الثاني ممارسات في التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة تشجع على الثقة، والاستقلالية والمبادأة والارتباط بالآخرين، ويعكس النمط الثالث النظم الخارجية المساندة متمثلة في الجيران والمجتمع المحلي والتي تدعم تقدير الذات والكفاءة الذاتية - يشير (٧١) في الدراسة الطولية إلى عدد كبير من المتغيرات مثل السن، وترتيب الميلاد والأخوة وحجم الأسرة وجنس الطفل ويجب أن تؤخذ جميعها في الاعتبار عند تقدير مدى الاستهداف للخطر أو الصمود النفسي لشخص نشأ في مناخ أسري به اضطراب نفسي أو غيره من مصادر الخطر. مثل هذه العوامل الواقية تتدخل لتحول

(1) Stress inoculation model.

(2) Disposition.

دون تأثير المــواقـف الضـاغطة وبالتالي يتمكن الشخص من التوائم بدرجة من النجاح لا تتــحـقق لشــخص آخـر لم تتـوفـر لديه هذه العـوامل الواقـيـة (١٩). وهـكذا نرى أن العوامل الواقية تمثل القطب المضاد لعوامل الاستهداف للخطر.

كما سبق أن ناقشنا فإن مفهوم الصمود النفسي لم يتضمن في صـورته التقليدية إمكانية الفرد في أن يتـجاوز الخطـر إذا مـا تعرض له، حيث يرى (١) و (٩) أن بعض الأشـخـاص يبـدو أنهم صـامـدون لأنهم لم يتـعـرضـوا فـعـلاً لخطر شـديد، في حين أن آخرين يمكن قيـاس إمكانيـة الصـمـود النفسي لديهم إذا مـا واجـهـوا خطرًا فـعـلاً. إن تعريف عوامل الخطر وعوامل الوقاية ليست عملية بسيطة، فهي عوامل تتغير في شكلها وتأثيرها على الأفراد المختلفين. لقد أوضح (١٦) أنه من الصعب التمييـز بين العوامل التي تضع شـخصًا في خطر والعوامل التي تميز بين النواتج الجيدة والسيـئـة، ولكن ليس لها دلالة سـببية. مثـال لذلك طفل تعاني أمه من حالة اكتئاب ليس بالضـرورة أن يعاني من سوء الرعاية، وكـذلك الشـبـاب الذين يتـصـفـون بالكفـاءة يخـتلفـون عن أولئك الذين يفتـقدون الكفـاءة، بصـرف النظر عن مسـتوى المحن التي واجـهوها، رغم أن من يتصفون بالصمود النفسي أو من يتصفون بسوء التوافق يمكن أن يمروا بتاريخ حياة متشابه تملؤه خبرات حياتية شديدة القسوة، فإن النتيجة بالنسبة للصمود النفسي تبدو شبيهة بمن لم يمروا بمحن (٣٨).

الشباب الذين يظهرون كفاءة على الرغم من مواجهة محن شـديدة حين يقارنون بشباب على نفس القدر من الكفـاءة ، وتواجـههم مـحن عابرة، وكذلك جمـاعات من الشبـاب على درجة ضعيفة من الكفاءة تواجه نفس المستوى من المحن يعكسـون هذه العملية. الأفراد ذوو الكفاءة الذين يواجهون محنا بسيطة وكذلك الشباب ذوي الصمود النفسي يبدو أن الأداء الأكاديمي، والمسلك والتـاريخ الاجتمـاعي لديهم متوسط أو أفضـل من المتوسط. ويبدو أنـهم يمتلكون مـوارد نفسيـة اجتمـاعية مـتشـابهـة جدًا بما في ذلك أداء عقلي أفضـل، آباء يتـمتعـون بصـحـة عقلية جيدة، آباء قريبين من أبنائهم ولديهم مفـهوم ذات أكثر إيجـابية. هنـاك ظاهرة تثير النقاش الساخن وهـي اعتبار القـوة العقلية عامـلا واقيا

(٣٣) وأن الاستعداد العقلي يمثل عاملا واقياً مهماً يحول دون ظهور مشكلات سلوكية لدى أطفال ينشأون في ظروف صعبة أو يتعرضون لأحداث قاسية (٤٢) (٧٣)، ولكن لا يوجد اتفاق على ما يعرف القدرة العقلية فالأداء القوى على اختبارات الوظائف العقلية (٣٩)، يعكس عوامل عقلية نيورولوجية كالانتباه والذاكرة والوظائف التنفيذية أو الدافعية، الأداء القوى على اختبارات الوظائف العقلية وكثير منها مشبعة بالإنجاز المدرسي يمكن أن تعزى لجودة البيئة التي نشأ فيها الطفل.

لابد أن يكون علم نفس إكلينيكي الصمود النفسي قادراً على تحديد وفهم المسارات المتعددة التي تماثل النهايات[1] تتحقق من خلالها النواتج، ويصف (١٧) هذه العملية من خلال مفهومي تعدد النهايات[2] قد يصل الأطفال لنقطة نهاية واحدة. البقاء أو المرض من خلال مسارات مختلفة. الأطفال الذين لديهم تاريخ ومصادر خطر تبدو متشابهة ممكن أن ينتهوا إلى نواتج مختلفة، كما أشار(١٧) أن النتائج تتحدد جزئيًا بالتفاعل والتوازن النسبي بين عوامل الخطر وعوامل الوقاية مع زيادة عوامل الخطر يزداد احتمال النتائج السلبية (٣٠) وتظل القضية المثارة، إذا كانت عوامل الخطر أكثر تأثيراً في النتائج السلبية أم أن عوامل الوقاية التي تؤكد على مقاومة تلك النتائج السلبية. علينا أن نوجد علماً يفسر كيفية تفاعل العوامل البيولوجية - كالتوتر أثناء الحمل، أو الولادة المبتسرة، أو العوامل الجينية التي تؤثر في التعلم وما يرتبط به من مشكلات - مع عوامل الخطر الكامنة في الأسرة كقسوة الوالدين أو إهمالهم أو عدم الاتساق في الرعاية، مع عوامل بيئية مثل سوء التغذية أو التعليم السيئ أو الخبرات المجتمعية السيئة لابد أن تفهم وتحدد كيف أن طفلاً لديه صعوبات في التعلم وفي أسرة تعاني من الفقر وفي جيرة خطرة وفي كنف والدين يعانون من اضطراب عقلي ما .. كيف يستطيع هذا الطفل أن ينجح في اجتياز هذه المحن ليصبح راشداً سوياً.

(1) Equi finality.

(2) Multi finality.

مازالت قضية الوراثة والبيئة مثار الجدل، كيف تؤثر الجينات في البيئة وكيف تؤثر البيئة في الجينات؟ كيف تؤثر استعدادات الطفل الجينية المزاجية على سلوك الوالدين حياله وبالتالي تضع أساسًا لارتباط الطفل بوالديه ويقينًا تؤثر في سلوك الوالدين؟ سواء كانت عمليات النمو متصلة أو منفصلة فإنها تتأثر بظواهر عديدة. إن دراسة علم نفس إكلينيكي الصمود النفسي سوف يسمح بدراسة التفاعل بين العوامل البيولوجية والبيئة وما يرتبط بهما من عوامل: مثال لذلك الأطفال الأكثر نشاطًا أو الأكثر في عدم الاستقرار سوف تكون استجاباتهم بصورة غير توافقية لسلوكيات الوالدين غير الفعالة، مقارنة بأطفال ليست لديهم هذا الاستعداد المزاجي في النشاط الزائد وعدم الاستقرار. مثل هؤلاء الأطفال قد يكونون أكثر حساسية لعوامل الخطر البيئية (٥).

أخيرًا فإن علم نفس إكلينيكي الصمود النفسي لابد أن يتضمن فهمًا عميقًا لعملية النمو الإنساني، افترض كثير من المنظرين العظام في مجال النمو أن الإنسان تدفعه حاجة للمواجهة أو التواؤم أو تحقيق التوازن (٣٤)، أما الصمود النفسي باندراجه في نموذج الرفاه فإنه يتميز بالتواؤم الإيجابي، وبالتالي فغياب الأعراض لا يتكافأ مع الصمود النفسي أو الأداء الوظيفي الجيد. إن دراسة الشباب الذين تغلبوا على ظروف بيئية صعبة تؤكد أن الصمود النفسي يعمل بالنسبة للبعض ولا يعمل بالنسبة للبعض الأخر. بعض الشباب ليسوا مستهدفين للخطر ومعزولين أو محميين من مخاطر تصيب غيرهم بالأذى وقد تكون هذه الصفات الدالة على الصمود النفسي أفضل المنبآت بالناتج الإيجابي في الرشد (٧) (٤١).

جماع نموذج:

في استعراض برامج وقائية ناجحة اقترح (٥٨) أن البرامج الفعالة للشباب تحت الخطر يكون محورها الطفل، ويكون أساسها بناء علاقات براشدين يمنحون الرعاية والاحترام ويبنون الثقة لدى الطفل. ويرى (٤٦) في كتاباته عن الأم والأبناء (في حالة

عدم وجود الأب) أن ارتباط الطفل بالناس، وبالاهتمامات وبالحياة نفسها مكون مفتاحي في عمليات الصمود النفسي . وقد أوضح (٣١) هذه الفكرة (٤٥). "أن النمو مسألة ارتباطات تحدث داخلك باعتبارك فرداً وكذلك في البيئة التي تعيش فيها". وأن تعقد عمليات الخطر وعمليات الصمود النفسي التي تعمل في منظومات نمائية عديدة وفي مجالات متنوعة يتطلب خبرة من مجالات علمية متعددة سواء كان الهدف تحقيق التقدم في المعرفة التطبيقية أو تغيير مجرى النمو من خلال التدخل (٤٢).

يرى (٢) أنه إذا كانت التحديات شديدة القسوة فسوف تنهار العمليات السوية، ويصفون الصمود النفسي بأنه "تسمية تدل على قدرة الطفل على مواجهة التحدي، واستخدامه (التحدي) لتحقيق النمو النفسي" وفي وصف نموذج تطبيقي للصمود النفسي، يرون أن الضغوط تحديات حياتية، فإذا لم تتوازن مع عمليات واقية خارجية أو عوامل صمود نفسي داخلية فسوف تؤدي إلى انهيار الأداء الوظيفي. ويشير (٢٥) إلى أن هذه العملية ليست في اتجاه واحد، بل يمكن للفرد أن يتعافى ويعمل بصورة أفضل إذا ما قلت عوامل الخطر أو زادت عوامل الوقاية. وكما أشار (٦٤) أن الاستهداف للخطر خاصية تجعل الفرد مستعداً للنتائج السلبية، وهكذا قد يخلق عاملا معينا، استهدافًا للخطر ولكن ليس بالضرورة أن يحدد مستوى الخطر الذي يخبر به فرد بعينه، والبيئات المشتركة وغير المشتركة تلعب دوراً وسيطًا معدلاً في تحديد عوامل الخطر وعوامل الوقاية لدى الأفراد. وقد يكون أفضل فهم للصمود النفسي باعتباره منتج أو ناتج التفاعل بين تعددية النمط والبيئة (٦٥). وقد تقدم لنا أفضل فهم للتأثير الانفرادي لعوامل الخطر وعوامل الوقاية على الصمود النفسي. لا بد من فهم هذه الظاهرة إذا أردنا أن نطبقها بكفاءة في الإطار الإكلينيكي.

إن تعقد الجنس البشري والثقافة التي ابتدعها الإنسان يخلق الحاجة إلى رؤية إنجازات طيب الحياة والصمود النفسي من منظور نمائي دينامي متعدد الأوجه (٤١)، إن مشكلات الأطفال السلوكية الوجدانية وطبيعة الثقافة التي نعيش فيها والمخاطر كسوء المعاملة الوجدانية والجسمية كلها تعتبر تحديات قائمة، وليس لأي منها سبب واضح أو حل واضح فكلها تنشأ من تفاعل معقد بين مؤثرات بيولوجية بيئية معرفية.

كثير من عوامل الخطر كالفقر والجيرة السيئة ليس من السهل تحسينها. ورغم أن عملية الصمود النفسي يمكن أن تعكس "قوة الأشياء العادية" (٣٩) فإنه لابد من زيادة التركيز على فهم العوامل الواقية التي تسمح لبعض الأطفال من القيام بوظائفهم بصورة جيدة في هذه البيئات والاستمرار على هذه الصورة الإيجابية. وكما أن عوامل الخطر ليس لها نواتج سلبية محددة، فإن عوامل الوقاية ليس لها نواتج إيجابية محددة. إن ما كتب (٣٩) عن "السحر العادي"[1] كان فصيحاً ومؤثراً وبالتالي أصبحت ظاهرة "السحر العادي" ظاهرة في مواجهة هذه المخاطر. إن الصمود النفسي لا ينشأ من خصائص نادرة أو خاصة ولكن من السحر اليومي للأمور العادية، وموارد إنسانية عادية في عقول الأطفال وأدمغتهم وأجسامهم مع أسرهم وعلاقاتهم في مجتمعاتهم(٣٩).

قدم (١٨) وزملاؤه قائمة بعوامل الخطر العامة وتتضمن الصراعات الأسرية والفقر. وقد لاحظ هؤلاء الباحثون وغيرهم من الباحثين تنويعات من العوامل الواقية ترتبط دائماً بالعلاقات الوثيقة براشد يهتم ولديه اتجاهات إيجابية نحو المجتمع (٤٠). وأخيراً فهناك بحوث ودراسات تتزايد مع الأيام تعكس ظواهر تدفعها عوامل جينية أما أن تعد الأفراد للصلابة أمام الضغوط أو الخطر في مواجهة المحن. هذه الأنماط من المخاطر ونماذج الوقاية المتراكمة تشكل قاعدة لما نتطلع إليه في مستقبل علم نفس إكلينيكي للصمود النفسي وعلاج الشباب الذين يواجهون الخطر (٧٧).

هذا الكتاب يناقش عمليات تفاعل المتغيرات سواء داخل الطفل، أو في أسرته أو في مجتمعه والآثار السلبية للمحن وكيف تنشأ وهكذا يرتفع احتمال النمو الإيجابي وليس الخلل الوظيفي بصرف النظر عن وجود ضغوط، كما أشار سليجمان (٥٩) (٦٠) إلى أن الاهتمام بهذه القضايا الوقائية والتي تخلق الرفاه وصمود التهيؤ العقلي سوف تتطلب نقلة نوعية في منظومة تفكير المتخصصين في الصحة العقلية بل المجتمع

(1)The Power of the ordinary magic.

ككل. ويرى أن هذه النقلة ليست بالأمر اليسير، رغم أن المتخصصين (٥٩) ليسوا مؤهلين لعمل تدخل وقائي فعال في الوقت الراهن إلا أن علم نفس الصمود سوف يمثل الأمل لوضع حجر زاوية لبناء "علم اجتماعي إيجابي"[1].

(1) Positive Social science.

REFERENCES

1- Anthony, E. J. (1987). Risk, vulnerability and resilience: An overview. In E. J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 3–48). New York: Guilford.

2- Baldwin, A. L., Baldwin, C. P., Kasser, T., Zax, M., Sameroff, A., & Seifer, R. (1993). Contextual risk and resiliency during late adolescence. *Development and Psychopathology, 5*, 741–761.

3- Beardslee, W. R. (1989). The role of self-understanding in resilient individuals. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, 266–278.

4- Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry, 145*, 63–69.

5- Belsky, J., Woodworth, S., & Crnic, K. (1996). Trouble in the second year: Three questions about family interaction. *Child Development, 67*, 556–568.

6- Benard, B., Burgoa, C., & Whealdon, K. (1994). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the school. (Training of trainers)*. San Francisco: Far West Laboratory.

7- Brodsky, A. E. (1996). Resilient single mothers in risky neighborhoods: Negative psychological sense of community. *Journal of Community Psychology, 24*, 347–364.

8- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed., pp. 221–249). New York: Wiley.

9- Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children: Fostering strength, hope and optimism in our children*. New York: Contemporary Books.

10- Brooks, R., & Goldstein, S. (2002). *Nurturing resilience in our children: Answers to the most important parenting questions*. New York: Contemporary Books.

11- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1989). *Life events and illness*. New York: Guilford.

12- Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children* (2nd ed.). New York: Guilford.

13- Centers for Disease Control Youth Risk Behavior Surveillance System. (2002). Statistics on risk factors in youth. Retrieved from www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/index.htm. June 12, 2003.

14- Children's Defense Fund. (2002). Health and safety trends in children. Retrieved from www.childrensdefensefund.org. June 12, 2003.

15- Child Trends. (2002). Sexual behavior in teens. Retrieved from www.childtrends.org.

16- Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology, 5*, 497–502.

17- Cicchetti, D., & Rogosch, F. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 597–600.

18- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J. et al. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist, 48*, 1013–1022.

19- Conrad, M., & Hammen, C. (1993). Protective and resource factors in high- and low-risk children: A comparison of children with unipolar, bipolar, medically ill, and normal mothers. *Developmental and Psychopathology, 5*, 593–607.

20- Cowen, E. L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist, 46*, 404–408.

21- Cowen, E. L. (1994). The enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology, 22*, 149–179.

22- Dennett, D. C. (2003). *Freedom evolves*. New York: Viking.

23- Dubow, E. F., Edwards, S., & Ippolito, M. F. (1997). Life stressors, neighborhood disadvantage, and resources: A focus on inner-city children's adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 130–144.

24- Epstein, H. (1979). *Children of the Holocaust*. New York: Penguin.

25- Flach, F. F. (1988). *Resilience: Discovering new strength at times of stress*. New York: Ballantine.

26- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 97–111.

27- Garmezy, N., & Nuechterlein, K. (1972). Invulnerable children: The fact and fiction of competence and disadvantage. *American Journal of Orthopsychiatry, 42*, 328–329.

28- Garmezy, N., & Rutter, M. (1983). *Stress, coping, and development in children*. New York: McGraw-Hill.

29- Greenbaum, C. W., & Auerbach, J. G. (1992). The conceptualization of risk, vulnerability, and resilience in psychological development. In C. W. Greenbaum & J. G. Auerbach (Eds.), *Longitudinal studies of children at psychological risk: Cross-national perspectives* (pp. 9–28). Norwood, NJ: Ablex.
30- Greenberg, M. T., Lengua, L. J., Coie, J. D., & Pinderhughes, E. E. (1999). Predicting developmental outcomes at school entry using a multiple risk model: Four American communities. *Developmental Psychology, 35*, 403–417.
31- Hallowell, E. M. (2001). *Connect: 12 vital ties that open your heart, lengthen your life and deepen your soul.* New York: Pocket Books.
32- Hammen, C. (1997). Children of depressed parents: The stress context. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 131–159). New York: Plenum.
33- Hernstein, R. J., & Murray, C. (1995). The bell curve: Intelligence and class structure in American life. New York: Simon Schuster.
34- Lorion, R. P. (2000). Theoretical and evaluation issues in the promotion of wellness and the protection of "well enough." In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. Washington, DC: CWLA.
35- Lösel, F., Bliesener, T., & Köferl, P. (1989). On the concept of invulnerability: Evaluation and first results of the Bielefeld project. In M. Brambring, F. L. & H. Skowronek (Eds.), *Children at risk: Assessment, longitudinal research, and intervention* (pp. 186–219). New York: Walter de Gruyter.
36- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development, 62*, 600–616.
37- Lutzke, J. R., Ayers, T. S., Sandler, I. N., & Barr, A. (1999). Risks and interventions for the parentally bereaved child. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 215–245). New York: Plenum.
38- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In M. D. Glantz, J. Johnson, & L. Huffman (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 282–296). New York: Plenum.
39- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes and development. *American Psychologist, 56*, 227–238.
40- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425–444.
41- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*, 205–220.
42- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology, 11*, 143–169.
43- National Center for Children of Poverty. (2002). Poverty statistics. Retrieved from www. nccp.org. June 12, 2003.
44- Pavenstedt, E. (1965). A comparison of the childrearing environment of upper-lower and very low-lower class families. *American Journal of Orthopsychiatry, 35*, 89–98.
45- Pines, M. (1984). Resilient children: Interview with Michael Rutter. *Psychology Today, 18*, 56–57.
46- Polakow, V. (1993). *Lives on the edge: Single mothers and their children in the other America.* Chicago: University of Chicago Press.
47- Radke-Yarrow, M., & Brown, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple risk families. *Development and Psychopathology, 5*, 518–592.
48- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. (1990). The resiliency model. *Health Education, 21*(6), 33–39.
49- Rutter, M. (1987). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. New York: Irvington Publishers.
50- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). New York: Cambridge University Press.
51- Rutter, M. (1994). Beyond longitudinal data: Causes, consequences, changes and continuity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 928–940.
52- Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., & Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas: I. He prevalence of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 126*, 493–509.

53- Rutter, M., & The English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (1998). Developmental catch-up and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 465–476.

54- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Long-term follow-up of women institutionalized in childhood: Factors promoting good functioning in adult life. *British Journal of Developmental Psychology, 18*, 225–234.

55- Sameroff, A. J. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohens (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods* (pp. 659–695). New York: Wiley.

56- Sameroff, A. J. (2000). Dialectical processes in developmental psychopathology. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 23–40). New York: Plenum.

57- Sandler, I. N., Tein, J., & West, S. G. (1994). Coping, stress and psychological symptoms of children of divorce: A cross-sectional and longitudinal study. *Child Development, 65*, 1744–1763.

58- Schorr, L. (1988). *Within our reach: Breaking the cycle of disadvantage*. New York: Doubleday.

59- Seligman, M. E. P. (1998a). Building human strength: Psychology's forgotten mission. *APA Monitor, 29*(1), 2.

60- Seligman, M. E. P. (1998b). Building human strength: Psychology's forgotten mission. *APA Monitor, 29*(4), 2.

61- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. R. Lerner & M. Perlmutter (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp. 91–123). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

62- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology, 9*, 251–268.

63- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2002). Drug abuse statistics. Retrieved from www.drugabusestatistics.samsha.gov. June 12, 2003.

64- Tarter, R. E. (1988). The high-risk paradigm in alcohol and drug abuse research. In R. W. Pickens & D. S. Svikis (Eds.), *Biological vulnerability to drug abuse* (pp. 73–86). Washington, D.C.: NIDA Research Monograph 89.

65- Tarter, R., & Vanyukov, M. (1994). Alcoholism: A developmental disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 1096–1107.

66- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. S. et al. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1191–1200.

67- U.S. Department of the Census (2000). U.S. census. Retrieved from www.censusus.gov.

68- Werner, E. E., & Johnson, J. L. (1999). Can we apply resilience? In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience in development: Positive life adaptations* (pp. 259–268). New York: Kluwer Academic/Plenum.

69- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible:A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

70- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

71- Werner, E. E., & Smith, R.S. (1993). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

72- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to mid-life: Risk, resilience and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

73- White, J. L., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1989). A prospective replication of the protective effects of I.Q. in subjects at high risk for juvenile delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 719–724.

74- Worsham, N. L., Compas, B. E., & Ey, S. (1997). Children's coping with parental illness. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 195–215). New York: Plenum.

75- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Hoyt-Meyers, L. A., Magnus, K. B., & Fagen, D. B. (1999). Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension. *Child Development, 709*, 645–659.

76- Wyman, P. A., Sandler, I., Wolchik, S., & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents* (pp. 148–167). Washington, DC: CWLA.

77- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin, 115*, 28–54.

الفصل الثاني

تطور عمليات الصمود النفسي
تبني التوائم (التوافق) الإيجابي في سياق من المحن

مارجريت أودجرتي رايت

آن ماستن

كيف ينجح الأطفال والمراهقون حين يتهدد نموهم الفقر والإهمال وسوء المعاملة والحرب والعنف أو التعرض للقهر أو التمييز العنصري؟ ما الذي يحميهم إذا كان آباؤهم مرضى أو منحرفين؟ كيف نفسر ظاهرة الصمود النفسي لدى الأطفال الذين ينجحون رغم التحديات الصعبة التي تهدد نموهم. ظهرت دراسة الصمود النفسي منذ ٣٠ عامًا حين لاحظ بعض الباحثين الرواد ظاهرة التوافق الإيجابي بين مجموعات من الأطفال المعرضين للخطر والمهددين بالمرض النفسي (٤٥).

وقد قاد هؤلاء الرواد ثورة في التفكير في علاج المرض النفسي؛ إذ كان الاهتمام الأساسي في البحث الإكلينيكي على الأطفال المعرضين للخطر والإصابة بالمرض النفسي هو ملاحظة أثر المحن والأزمات أو ما أفضت إليه عمليات الخطر بما يفسر أسباب المرض، وكانت جهود البحث موجهة لفهم المرض والقصور وليس لكيفية حل المشكلات أو تجاوزها، وكان التحليل النفسي هو النموذج الطبي السائد في ذلك الوقت في تفسير الاضطرابات. ولكن الرواد في دراسة الصمود النفسي تبينوا أن النماذج التي توضع أساسًا كي تتنبأ بالمرض كانت محدودة الفائدة ومحدودة الرؤية، ولا تسمح إلا بقدر محدود لفهم النتائج الإيجابية التي حققها بعض الأطفال ممن تعرضوا للخطر، هذه المعلومة كانت حاسمة بالنسبة للتدخل لتحسين النتائج المعاكسة التي تتمثل في

النمو الجيد[1] لدى الأطفال المعرضين للخطر. أحد الإسهامات العظيمة لهؤلاء الرواد كان إدراكهم لأهمية فهم المسارات النمائية الإيجابية[2] في إطار الأزمات حيث لها أهمية أساسية في منع حدوث المشكلات أو علاجها خاصة بالنسبة للأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض النفسية.

لقد تقدمت دراسة الصمود النفسي عبر ثلاث موجات خلال العقود الثلاثة، وسوف نوضح في هذا الفصل المفاهيم والنتائج المترتبة على هذه الموجات حيث شكلت إطاراً للبحث والممارسة في الصمود النفسي . الموجة الأولى أسفرت عن وصف جيد لظاهرة الصمود النفسي وتقديم مفاهيم أساسية ومناهج بحثية تركز على الفرد. أما الموجة الثانية فأسفرت عن اعتبارات أكثر دينامية عن الصمود النفسي، حيث تبنت منحى منظوميا ارتقائيا[3] للنظرية والبحث في التوافق الإيجابي في إطار المحن والخطر وركزت على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد و النظم المتعددة التي يكمن فيها نموهم. والموجة الثالثة، والتي تتشكل الآن وتركز على خلق بناء للصمود النفسي من خلال تدخلات وقائية توجه إلى تغيير المسارات النمائية.

الموجة الأولى: الصمود النفسى الفردى والعوامل الفاعلة فيه

لقد كان الحماس الثقافي الذي يعظم الفردية ويعظم قدرة الفرد على انتشال نفسه من الضياع ونجاحه بجهده الشخصي. كان هذا الحماس المظلة التي تبنت البحث في الصمود النفسي. وقد شاع استخدام "لا يقهروا[4] (١) (٥٩)، لوصف الأطفال الذين استطاعوا تجاوز المحن وركزوا على صفاتهم الشخصية. هؤلاء الأطفال

(1) Odds of good develo pmental autcomes.

(2) Positive developmental path ways.

(3) Developmental - Systems approach.

(4) Invulnerable.

كان ينظر إليهم باعتبارهم غير قابلين لنفـاذ التـوتر إليهـم لأن لديهم وقاية أو حماية أو دعم داخلي. ومع امتداد البـحث عبـر الـزمن وعبر تنوع الصدمات استبدل بمفهوم لا يقهر مفهوما، أكثر رصانة وديناميه مثل مقاومة الضغوط[١] والصمود النفسي، وهي مفاهيم تستوعب التفاعل بين عمليات الخطر وعمليات الوقاية، التي تحدث عبر الزمن والتي تشمل تأثير الفرد والأسر والعوامل الاجتماعية الثقافية(٤٦) (٦٦) (٨٣) (٨٤).

المفاهيم المفتاحية :

خلال السنوات الأولى للبحث في تطور الصمود النفسي، تمت دراسة الظاهرة في مجالات متعددة ومتنوعة على مستوى العالم (٢٨) (٤٦)، وتم الاتفاق على مفاهيم مفتاحية على الرغم من الاختلافات التي مازالت قائمة حتى يومنا هذا. يشير الصمود النفسي إلى نمط من التوافق الإيجابي في إطار محنة وقعت في الماضي أو قائمة في الحاضر. لابد من الحكم على قضيتين قبل أن نقر بوجود نمط التوافق الناجم عن الصمود النفسي (١) الإقرار بوجود تهديد حقيقي لنمو الفرد وتوافقه. (٢) الإقرار بأنه رغم التعرض للتهديد أو المحنة فإن الفرد يتمتع بتوافق جيد، ولابد من وجود محك موضوعي في الحالتين لوقوع الضرر، وتحقق التوافق الجيد.

كان هناك خلط كبير حول المعنى الدقيق للمفاهيم التي استخدمها الباحثون عبر العقود الثلاثة الماضية (٤٣) (٤٥) (٦٧)، ولكن هناك اتفاق ينمو مع الوقت والبحث حول أبجديات هذا المجال كما يبدو في جدول ٢-١ .

(1) Stress- resistance.

٢-١ تعريفات وأمثلة للمفاهيم المفتاحية

المصطلح	التعريف	الأمثلة
محن - مصاعب Adversity	الظروف البيئية التي تعوق أو تهدد مطالب النمو المناسب للمرحلة العمرية.	الفقر - عدم وجود دماوي سوء المعاملة - العنف السياسي أو الاجتماعي.
Resilience الصمود النفسي	نمط من التوافق الإيجابي في إطار محنة وقعت في الماضي أو قائمة في الحاضر.	تحصيل وتقع أحب الناس سلوك طيب رغم سوء المعاملة والإهمال.
Risk الخطر	تزايد احتمال نتائج غير مرغوبة.	احتمال الإصابة بالفصام أكبر لدى أبناء مرضى الفصام.
عوامل الخطر Risk Factor	خاصية يمكن قياسها في جماعة من الأفراد أو في موقف وينبئ بنتائج سلبية على أساس محك معين.	الولادة غير المكتملة طلاق الوالدين الفقر، مرض الوالدين أو إحداهما.
تراكم الخطر Cumulative risk	زيادة الخطورة نتيجة (١) وجود عوامل خطر متعددة (٢) تكرار حدوث عوامل الخطر ذاتها (٣) تراكم تأثير المحنة القائمة.	أطفال دون مأوى لديهم عوامل خطر كثيرة ومشكلات نمو كثيرة بما في ذلك من آباء غير مؤهلين وتاريخ صحي سيئ ومدارس سيئة وتغذية سيئة والتعرض للعنف من الأسرة أو المجتمع.

تابع

الاستهداف للخطر Vulnerability	التعرض لمآل سيئ أو نتائج سيئة في الاستهداف للتوتر باعتبارها نموذجا للمرض النفسي.	الأطفال القلقون يجدون في المدرسة مشكلات أكبر.
خطر مباشر Proximal	عوامل خطر تعرض لها الطفل بصورة مباشرة، عمليات تفاعل مباشرة.	مشاهدة العنف، الوجود مع أطفال منحرفين.
خطر غير مباشر distal	مخاطر ناجمة عن المحيط البيئي الذي يعيش فيه الطفل ويصل تأثيرها للطفل من خلال تأثيرها في عمليات التفاعل المباشرة.	ارتفاع معدل الجريمة في مجتمع الطفل - تدني الخدمات الصحية في مجتمع الطفل.
مقومات - موارد عوامل تعويضية Asset. Resource compensatory factor	خاصية يمكن قياسها في مجموعة من الأفراد أو في موقف ينبئ بنتائج إيجابية عامة أو محددة.	مهارات عقلية جيدة آباء إيجابيون مدارس جيدة.
عوامل واقية Protective factors	خاصية في الفرد أو البيئة أو تفاعل بينهما ينبئ بنتائج أفضل خاصة في مواقف الخطر أو المحنة.	بالونة الهواء في السيارات التي تحمي من التصادم، الخط الساخن لتقديم الخدمات، الرعاية المركزة لحديثي الولادة،

تابع

تراكم العوامل الواقية Cumulative Protective Fachors	وجود عوامل واقية متعددة في حياة الفرد	طفل في بيئة فقيرة ولكن والديه محبين ومهتمين، يسود الدفء والحب الأسرة، نادي رياضي جيد ومدرس يوجه الطفل
الكفاءة النفسية الاجتماعية Psychosocial competence	استخدام الموارد الشخصية والبيئة بصورة توافقية لتحقيق مطالب النمو الخاصة بالمرحلة.	الاستخدام النشط للقدرات العقلية والعلاقات الإيجابية بالمعلمين تؤدي إلى النجاح المدرسي.
مهام النمو Developmental tasks	توقع المجتمع لما ينجزه الطفل من مهام في مراحل النمو المختلفة.	في سن ١٨ شهر يستطيع الطفل المشي والكلام، الطفل في سن المدرسة يقرأ ويكتب ويكوّن صداقات، ويلتزم بالتعليمات.

معظم هذه المفردات مثل المحنة وأحداث الحياة والمخاطر والاستهداف كلها كانت مألوفة حيث تستخدم في بحوث الأمراض النفسية، ولكن بحوث الصمود النفسي أبرزت بعض المفاهيم التي أغفلت أو همشت في وقت سابق مثل المقومات، والعوامل التعويضية، والعوامل الواقية، والكفاءة، والمهام النمائية.

تهتم تعريفات الصمود النفسي بما يهدد التوافق فتهتم بمفاهيم الخطر والمحن والأحداث السلبية في الحياة، كما في جدول ٢-١ يشير مفهوم الخطر إلى زيادة احتمال حدوث نتائج سلبية، وهو مفهوم يعود على جماعة ما أو مجتمع ما بمعنى أن عامل الخطر لا يحدد أي من أفراد المجتمع أو الجماعة التي تتعرض للخطر سوف

يواجه صعوبات في التوافق، وإنما يشير المفهوم إلى أن جماعة ما أو مجتمع لديه عامل خطر ما سوف تظهر بين أفراده بصفة عامة صعوبات في التوافق، هناك دائمًا قصور في الدقة بشأن عوامل الخطر ترتبط بطبيعتها المركبة والمتراكمة. كثير من مؤشرات الخطر العامة تنتهي إلى نتائج مختلفة تمامًا، فالأطفال المبتسرون كمثال للتعرض للخطر يتفاوتون في الظروف التي يتعرضون لها كالوزن، وجود مشكلات مصاحبة، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، الرعاية الطبية وبقدر توفر تفاصيل عن الموقف تكون دقة الفهم والتنبؤ بعمليات الخطر التي تتعرض لها الجماعة. في حالة الأطفال المبتسرين تكون معرفة التفاصيل عن المشكلات التي حدثت أثناء الولادة لا تحسن من القدرة التنبؤية بالنواتج فقط وإنما قد تساعد في فهم أفضل للعمليات الفعلية التي تؤدي إلى الخطر(٥٧).

من المشاهد أن عوامل الخطر لا تأتي فرادى بل تأتي متعددة ومتنوعة ومستمرة، وتسوء النتائج بتراكم التأثيرات السلبية ويتراجع الصمود النفسي، ولذلك من المعتقد أن ندرس تراكم عوامل الخطر لكي تكون أقدر على التنبؤ والفهم لنواتج النمو.

فالأطفال تحت ظروف خطر حقيقي يكونون قد تعرضوا لمحن متعددة وقعت لهم على مدى الزمن وأحيانًا لمدد طويلة. (٤٨) وتزداد النتائج سوءًا مع تراكم عوامل الخطر في حياة الأطفال وبالتالي يتراجع الصمود النفسي، فالطلاق مثلاً كان ينظر إليه باعتباره عاملا ضاغطا عاما، ولكن الدراسات كشفت عن تنوع شديد في النتائج التي تصيب الأطفال بعد طلاق الوالدين. ويساعد مفهوم تراكم الخطر في توضيح هذا التنوع في النتائج (٧٢). فالطلاق ليس عاملاً ضاغطًا أحاديًا محدود بزمن معين ولكن عملية طويلة ذات امتداد تحمل للطفل منغصات وتغيرات في حياته، وتختلف هذه المنغصات في شدتها واستمراريتها من أسرة لأخرى ويمكن أن تحدث قبل وأثناء وبعد وقوع الطلاق، وأخيرًا هناك بعض المحن المزمنة والشاملة بحيث لا تسمح لأي طفل أن يكون ذا صمود نفسي ما لم يتوفر له بيئة طبيعية آمنة حتى يستعيد نموه الطبيعي. في بعض صور الصدمات الكارثية كالتي تنتج عن الحروب أو التعذيب يشير الصمود النفسي إلى التعافي بعد انتهاء الصدمة (٨٨).

لقد مر مفهوم الخطر بتدقيق في السنوات الأخيرة بتأثير من مقالات مهمة (٣٤) (٣٥) (٣٦). وقد أكدت هذه الأعمال على أهمية التمييز بين الارتباط بين النتائج السلبية لعوامل الخطر التي سبقت وقوع المشكلة، وبين عوامل الخطر المتسببة في وقوع النتائج السلبية. وقد أسهم هذا التمييز في مزيد من التدقيق والتخصيص في مفاهيم الخطر، وقدم إطار مفاهيمي يحتاجه الباحثون لتحديد العوامل السببية للخطر (٣٤) واختبار تأثير العوامل الوسيطة والمعدلة من خلال تصميمات تدخلية تجريبية (٣٦).

الظاهرة المفتاحية الثانية للحكم على الصمود النفسي في حياة الأفراد تتعلق بالقرار الخاص بمدى جودة حياة الفرد، أو بمعنى آخر مدى جودة توافقه أو نموه، لقد استخدمت محكات متنوعة للحكم على التوافق الإيجابي، بدءًا من المحكات التي تركز على الخلو من المرض، إلى النجاح في المهام النمائية الخاصة بالمرحلة، إلى الشعور الشخصي بحسن الحال. أو كل هذه المحكات مجتمعة (جدول ٢-١) في أدبيات الارتقاء عرف كثير من الباحثين النتائج الجيدة على أساس الملاحظة أو التقارير الدالة على كفاءة الطفل في الوفاء بما يتوقع منه على أساس سنه وجنسه في الإطار التاريخي والثقافي الاجتماعي الذي يعيش فيه. وتقاس الكفاءة عادة بجودة وفاء الطفل بتوقعات المجتمع الصريحة والضمنية لمراحل النمو المختلفة واستمراره في الوفاء بها. ويشار إلى ذلك بسجل النجاح في الوفاء بمهام النمو[1]، ورغم أن المعايير السلوكية المرتبطة بالمرحلة العمرية في مجالات النمو المختلفة الجسمية والوجدانية والمعرفية والأخلاقية والسلوكية، تختلف من ثقافة إلى أخرى، فإنها تشير عادة إلى مهام عامة توجه نمو الأطفال وتنشئتهم (جدول ٢-١). أحد الأطفال الذين يظهرون في سلوكهم صمودًا نفسيًا غالبًا ما يكونون مروا بمهام النمو هذه بنجاح على الرغم من المخاطر والمحن التي تحملوها.

(1) Develop mental tasks.

خلال الموجة البحثية الأولى كان هناك تناقضات في تعريف الصمود النفسي وكانت معظم المناظرات حول محكات التوافق التي يتم الحكم على الصمود النفسي من خلالها، (٥٤) (٤٢) فكان هناك مناظرة حول ما إذا كان الطفل الذي حقق التوافق على أساس ملاحظة سلوكه الاجتماعي كالنجاح المدرسي والعمل والعلاقة بالآخرين، ولكنه يعاني أعراضًا داخلية، فهل يعتبر ذا صمود نفسي. وكانت المناظرات لا تتعلق فقط بما هو داخلي وما هو خارجي من صور التوافق، وإنما بعدد المجالات التي يتحقق فيها التوافق، وأيضًا بالتوقيت المناسب لقياس النتائج. الصمود النفسي إذن لا يعني بالضرورة عدم التأثر على الإطلاق بالصدمات التي تحملها ولا يعني أيضًا الأداء الجيد بصورة مطلقة، فقد يبدي الطفل صمودًا نفسيًا في مرحلة ما ولا يبدي ذلك في مرحلة أخرى، ومع ذلك فمن الواضح أن محكات الحكم على الصمود النفسي في مجتمع ما وكيف يمكن قياسه في المجالات المختلفة سوف تؤثر على مدى انتشار استخدام مفهوم الصمود النفسي لوصف الجماعات التي في خطر، وكذلك في تحديد طبيعة العمليات التي ترتبط بالصمود النفسي .

من المجالات المهمة في دراسة الصمود النفسي ما يتعلق بالربط بين المجالات المختلفة للتوافق أي السلبي والإيجابي، وما يعنيه هذا الربط لفهم الصمود النفسي والمرض النفسي، ترتبط الأعراض الداخلية والخارجية عبر الزمن، كما ترتبط الوظائف التوافقية عبر المجالات المختلفة من الكفاءة والأعراض (٤٩). فالأعراض قد تؤثر في المهام النمائية، كما أن الفشل في المهام النمائية قد يؤدي إلى الأعراض بما يؤدي إلى تضخم النتائج ككرة الثلج وهذا ما يعرف بالسلسلة النمائية (٤٥) (٥١). تشير نظريات النمو إلى أن النجاح في المهام النمائية يمثل قاعدة صلبة يبني عليها النجاح في المستقبل، ولذلك تتزايد الشواهد والأدلة على أن رفع كفاءة الطفل في المراحل المبكرة له تأثير حاسم في وقاية الطفل من نتائج المشكلات، التي يتعرض لها من يعيشون في الجماعات ذات الظروف الصعبة، (انظر الجزء الخاص بالموجة الثالثة).

ركزت الموجة الأولى من دراسة الصمود النفسي على العوامل التي ترتبط أو تتنبأ بالتوافق الإيجابي رغم البيئة الخطرة والمحن. وهكذا اهتم هؤلاء الباحثون بالفروق بين الأفراد والمواقف التي قد تفسر الفروق فيما انتهى إليه أطفال تعرضوا لمواقف ومخاطر متشابهة. وقد اهتم الباحثون بنوعين من الارتباطات بصفة خاصة:[١] العوامل الإيجابية التي ارتبطت بتوافق أفضل في كل مستويات التعرض للخطر حتى في المخاطر الكبرى، وهذه العوامل يطلق عليها العوامل التعويضية[٢] (٢٧) (٣) أو المقومات[٣] أو عوامل التحسين[٤] (٧٠). العوامل التي يبدو أن لها أهمية خاصة في التوافق الإيجابي في حالة التعرض للمحن أو المخاطر الشديدة وهي العوامل الواقية[٥] (٦٥)، الفرق الأساسي بين النوعين من المفاهيم هو ما إذا كان العامل يلعب دوراً خاصًا تحت الظروف المضطربة.

حين يعتبر عامل ما أنه عامل واق فلأنه يعمل درعًا يقي الفرد من تأثير المخاطر والمحن، إذن فالعوامل الواقية تصبح مقومات ذات أهمية خاصة أو تكتسب أهميتها عندما يكون الخطر شديداً والمحنة قاسية، مثال لذلك الأجسام المضادة للأمراض (التطعيم) تعتبر عامل وقاية وحماية، لأنها تعمل على حماية الإنسان من مخاطر الإصابة بالمرض، وكذلك بالونة الهواء المثبتة في عجلة القيادة والتي تفتح تلقائيًا في الحوادث لتحمي السائق من الاصطدام، عوامل الوقاية تعدل[٦] من تأثير المحنة على التوافق، إن الأجسام المضادة وبالونة الهواء مثال لعوامل سببية، حيث لها علاقة مباشرة يمكن ملاحظتها وتفسير تأثيرها في وقاية منظومة حية، ومن نفس المنطلق فإن الأب الذي يرمي بنفسه على طفله ليحول بينه وبين اصطدامه بجسم صلب هو عامل

---

(1) Developmental Cascades.

(2) Compensatory factors.

(3) Assets.

(4) Promotive factors.

(5) Promotive factors.

(6) Moderato.

حماية فقد قام بحمايته وكأنه درع يتلقى عنه الأذى أو يحول بينه وبين خطر، ولكن عوامل الحماية التي يتكرر ذكرها في بحوث الصمود النفسي ليست بهذا الوضوح فالعوامل عديدة ومتداخلة.

لقد ثبتت صعوبة التمييز بين المقومات وعوامل الحماية (الوقاية) في النمو الإنساني، لأن معظم العلاقات الارتباطية في دراسات التوافق منظومات أو علاقات مركبة تخدم العديد من الوظائف. فالآباء الذين يمكن اعتبارهم عوامل حماية طبيعية يكونون نظامًا واقيًا في نمو الطفل غاية في التعقيد، وهناك نتيجة تكرر التوصل إليها مرة بعد مرة وهى أن التوافق الذي يتصف بالصمود النفسي ينشأ من علاقات أسرية جيدة، فالعلاقات الأولى بين الطفل ومن يرعاه تضع أساسًا لعلاقات آمنة في المستقبل (٧٦)، فإذا ما توفر الدفء في علاقة الطفل بمن يرعاه وتوفر الاهتمام والاستجابة لحاجاته فسوف تنمو لدى الطفل مشاعر الثقة في تحقيق حاجاته، وسوف يتعلم طرائق إيجابية للارتباط بالآخرين، ويصبح أكثر قدرة على تنظيم انفعالاته، وينمو لديه شعور بالقيمة والتقدير، وهكذا فإذا ما توفر فيمن يرعى الطفل الكفاءة والاستجابة لحاجاته والاهتمام به يصبح أحد المقومات المهمة، التي تحافظ على نموه السليم في أي سياق أو بيئة. وإذا ما وقعت لهذه الأسرة محنة ما فإن هؤلاء الآباء يعرفون كيف يستجيبون بكفاءة للتهديد، ويستطيعون أن يحولوا سلوكهم ليصبح واقيًا وحاميًا لأطفالهم، وبالمثل فإن المخ البشري قادر على القيام بالعديد من الوظائف والاستجابة لمواقف الحياة بطرائق توافقية متنوعة ومتعددة، وبالتالي فلا عجب أن تعرف أن درجات نسب الذكاء، والتقديرات العامة للقدرة على حل المشكلات تنبئ بالنتائج الإيجابية بصرف النظر عن الخطر أو المحن (تعمل مقوما)، كما تبين أنها تعمل باعتبارها معدلا للخطر أو المحنة، ويكون دورها أهم تحت ظروف التهديد (٤٤).

لقد استمر النقاش لسنوات حول تسمية المتغيرات التي ترتبط بالتوافق باعتبارها عامل خطر، أو مقومات أو عوامل تعويضية ومتى يمكن اعتبارها أحد هذه العوامل أو بعض هذه العوامل مجتمعة. تتكون هذه المفاهيم من أبعاد ثنائية القطب على بعد

متصل، بمعنى أن المتغير يعني سوء التوافق على طرف والتوافق الجيد على الطرف الآخر، مثال يعتبر الفقر عامل خطر ويرتبط بنتائج سلبية، على حين تعتبر المكانة الاجتماعية الاقتصادية العالية عاملا تعويضيا يرتبط بنتائج إيجابية، ولكننا لا نستطيع أن نجد هذه العلاقة الواضحة في الواقع، فالتوافق يرتبط بعوامل مركبة ومتداخلة وليس من السهل تسميتها، من المؤكد أن هناك عوامل خطرة لا خلاف حولها ترتبط بنتائج سلبية وتؤثر على النمو (كبتر القدم نتيجة لحادث) ولكن ليس لها تأثير حين لا تحدث، وبالمثل يمكن الحديث عن مقومات إيجابية لها تأثير إيجابي حين تحدث (كالموهبة الموسيقية) ولكن تأثير عدم وجودها محدود جداً. ولكن معظم العوامل التي تدرس باعتبارها منبآت سببية للتوافق أو النمو الإيجابي مقابل النمو السلبي تعكس متغيرات موزعة على متصل يتخذ تأثيرها مسارات متعددة ومستويات متعددة (مهارات الانتباه الجيدة مقابل مهارات الانتباه الضعيفة). إن تحديد عوامل الحماية أكثر صعوبة من تحديد المقومات، لأنها لا تنشط ولا يظهر تأثيرها إلا عند حدوث خطر، لقد تسببت هذه العوامل في كثير من الخلط لأنها تظهر غالبًا على القطب الإيجابي لمتغير متصل (مثال التفكك الأسرى عامل خطر والتماسك الأسري عامل حماية) كثير من العوامل التي تم اعتبارها عوامل حماية في البحوث السابقة تعتبر الآن مقومات تساعد الطفل على النمو والتوافق في كل المستويات بصرف النظر عن تعرضه للخطر.

منظور نمائي:

كشفت دراسات الصمود النفسي أن الأطفال يتفاوتون فيما يتعرضون له من مخاطر ونظم حماية في مراحل نموهم المختلفة (٤٦) (٨٧)، فحديثي الولادة نظراً لاعتمادهم الكامل على من يرعاهم يكونون مستهدفين للمخاطر الناجمة عن فقد أحد الوالدين أو عن سوء الرعاية. ولكنهم في مأمن من النتائج المترتبة على الحروب أو الكوارث الطبيعية لعجزهم عن فهم ما يدور حولهم في هذا الشأن. مع نمو الأطفال تصبح المدرسة والجيرة مصدرا لتعرضهم للأحداث الصادمة. الأطفال الأكبر سنًا نظراً

لأنهم أكثر انغماسًا في أنشطة دون رقابة فيصبح الأقران مصدر حماية أو مصدر خطر، وهكذا نجد أن الأطفال الأكبر رغم أنهم أقدر على التعامل مع العالم الخارجي بأنفسهم، فإن استقلالهم عن حماية الوالدين قد يصبح مصدرًا لتعرضهم للصدمات. أما المراهقون فهم أكثر تعرضًا لخبرات الخداع والفقد في علاقاتهم بالأصدقاء، والإيمان، والمدرسة، والدولة وهم يدركون قيمة هذه الخسائر بالنسبة لمستقبلهم ويعون نتائجها بصورة تختلف تمامًا عن الأطفال.

العلاقات الارتباطية بالصمود النفسي: قائمة مختصرة

تضمنت الموجة الأولى من دراسات الصمود النفسي مناحي تضم التركيز على الأفراد[1] والتركيز على المتغيرات[2]. وتحدد المناحي التي تركز على الأفراد الذين يتصفون بالصمود النفسي وتسعى لدراسة أوجه الاختلاف بينهم وبين غيرهم ممن يواجهون نفس المحن والمخاطر ولكنهم لم يصمدوا أمامها. وتمثل دراسات الحالة والدراسات الطولية الأدوات المستخدمة في هذا المنحى. أما المنحى الذي يركز على المتغيرات فهو يدرس الارتباط بين الخصائص الشخصية والخصائص البيئية، التي أسهمت في تحقيق النتائج الإيجابية على الرغم من التعرض للمحن، وهذا المنحى يركز على المتغيرات عبر عينات غير متجانسة ويستخدم الإحصاء متعدد التباين، من خلال العديد من هذه الدراسات ومن هذه المنطلقات وباستخدام مناهج بحثية متنوعة، كشفت الموجة الأولى عن اتساق شديد في النتائج يشير إلى وجود ارتباطات واسعة بالتوافق لدى الأطفال الذين تعرضوا للخطر لأسباب متنوعة. وقد تم رصد هذا الاتساق (٢٦) الذي استمر وتكرر عبر السنوات وقد اعتبر البعض(٤٥) القائمة المختصرة[3] جدول

(1) Person - focused.

(2) Variable - focused

(3) Short list.

٢-٢ وتعكس المتغيرات التي تتضمنها النظم التوافقية الأساسية، التي تدعم النمو الإنساني، وحين بدأ الباحثون في الاهتمام بالعمليات التي تفسر لماذا يتكرر ظهور هذه المتغيرات، بدأت الموجة الثانية.

جدول (٢-٢) أمثلة للمقومات والعوامل الواقية.

الخصائص الشخصية:

- مزاج اجتماعي توافقي في الطفولة.
- قدرات معرفية جيدة ومهارات في حل المشكلات.
- استراتيجيات فعالة في تنظيم الانفعالات والسلوك.
- رؤية إيجابية للذات (الثقة بالذات - احترام الذات - الكفاءة).
- نظرة إيجابية للحياة (الأمل).
- الثقة وبناء معنى إيجابي للحياة.
- توفر خصائص يقدرها المجتمع والشخص نفسه (موهبة - جاذبية - روح الدعابة).

الخصائص الأسرية:

- مناخ الأسرة يسوده الاستقرار والمساندة.
- الخلافات بين الوالدين في حدها الأدنى.
- العلاقة حميمة بمن يقدم الرعاية، من يقدم الرعاية متجاوب مع الطفل.
- يتسم الأسلوب الوالدي السائد بالدفء والنظام والتوجيه والتوقعات المناسبة.
- علاقة إيجابية بين الأشقاء.

- العلاقة بأفراد العائلتين عائلة الأم وعائلة الأب يسودها الود والمساندة.
- الآباء مهتمون ومنشغلون بتعليم الأطفال.
- يتسم الآباء بصفات شخصية تحمي الأطفال.
- استقرار الأمور الاقتصادية والاجتماعية.
- تعليم الوالدين تجاوز المرحلة الثانوية.
- الأسرة تسودها القيم الدينية.

الخصائص المجتمعية:

- الجيرة على مستوى جيد.
- الجيرة آمنة.
- العنف في حده الأدنى.
- السكن المناسب متاح.
- مراكز الترفيه متاحة.
- نقاء الهواء والماء.
- المدرسة الفعالة متاحة.
  - المعلمون مؤهلون ولديهم رضا مهني.
  - توفر المدرسة أنشطة بعد مواعيد الدراسة.
  - توفر المدرسة أنشطة ترفيهية (رياضية - موسيقى - فنية).
- فرص العمل للآباء والراشدين متاحة.

• رعاية صحية جيدة.

• توفر خدمات الطوارئ (الإسعاف، الحريق، الشرطة).

• التواصل مع راشدين يقدمون العون والرعاية ورفاق ذوى سلوك اجتماعي مقبول.

الخصائص الثقافية:

• سياسات لحماية الأطفال (عمالة الأطفال – الرعاية الصحية – الرفاه).

• يحظى التعليم بقيمة عالية وتتوفر له الموارد المناسبة.

• منع العنف السياسي والحماية منه.

• رفض العنف بكل صوره.

رغم أن الموجة الأولى أسفرت عن العديد من الأفكار والمفاهيم والمناهج والنتائج الخاصة بالعوامل، التي ترتبط بالصمود النفسي وكذلك كثير من المتناقضات، فقد ظهرت الحاجة إلى نماذج أكثر دقة لدراسة العمليات المركبة المعقدة التي أسفرت عنها النتائج الأولية في الموجة الأولى (٢٨).

الموجة الثانية: غرس الصمود النفسي داخل النظم النمائية والأيكولوجية مع التركيز على العمليات

توصلت الدراسات الأولى إلى عدد من العوامل المهمة التي ترتبط بالصمود النفسي ولكنها لم تقدم فهمًا متكاملاً للعمليات التي تؤدي إلى نموه. كما لاحظنا في عرضنا للبحث الذي تم في الموجة الأولى أن مهمة الباحثين مستقبلاً أن يقدموا صورة عن الصمود النفسي من خلال التساؤلات البحثية التي تنتقل من أسئلة "ماذا" وتهدف

إلى الوصف إلى أسئلة "كيف" وتهدف إلى فهم العمليات التي تؤثر في التوافق (٤٦)، لقد ركزت البحوث والنظريات بصورة خاصة على فهم التفاعلات المنظومية المعقدة، التي تشكل النواتج سواء كانت مرضية أو إيجابية مع التأكيد على الصمود النفسي باعتبارها عملية معقدة في النمو (٩) (٢١) (٩٢) أو ظاهرة تنشأ عن عمليات عديدة (٤٤) (٦٤). فقد وصف (٨٩) الصمود النفسي كما يأتي: يعكس الصمود النفسي مجموعات متنوعة من العمليات التي تغير من التفاعل المتبادل مع ظروف الحياة القاسية للحد من التأثير السلبي وتنمية التمكن من المهام النمائية السوية.

تعكس دراسات الموجة الثانية للصمود النفسي تحولاً عريضًا في فروع العلم التي تتناول النمو السوي المعياري والمرضي الذي صاحب ظهور علم أمراض النمو النفسية أو سيكوباثولوجيا النمو[1] (٨) (١٠) (٥٠) (٥٣) (٧٧) لقد تنامى تركيز دراسات الصمود النفسي في العقد الماضي على قضايا المجال[2] أو السياق ونماذج التغير الأكثر دينامية، وبذلك تعرفوا على دور النظم النمائية بصورة صريحة في التفسير السببي (٦٤) (٧٥) (٩٣). وقد أدى هذا إلى تأكيد أكبر على دور العلاقات والنظم خارج الأسرة وإلى محاولات للاهتمام بالعمليات البيولوجية الاجتماعية والثقافية ودمجها في دراسات الصمود النفسي(٤٥) (٤١)، ونتيجة لهذا المنحى فإن دراسة الصمود النفسي تهتم بالسياق بدرجة أكبر وبعدة طرائق، كتفاعل الفرد مع النظم المختلفة في مستويات متعددة من التفاعل خلال الحياة، كما تهتم بكيفية انتقال تأثير عوامل الخطر وعوامل الحماية من إطار اجتماعي إلى آخر، ومن مرحلة نمو إلى مرحلة أخرى، لقد تبين الباحثون الأوائل التعقيد والدينامية في الصمود النفسي التلقائي(٤٦) الذي يظهر بصورة طبيعية، ومع ذلك فإن جمع البيانات الوصفية الأساسية من دراسات الموجة الأولى كانت خطوة إجرائية ضرورية ولازمة قبل أن يبدأ البحث في التوجه لدراسة تعقد الظاهرة، وهو عمل غير مكتمل على الرغم من الجهد المبذول فيه.

(1) Developmental Psychopathology.

(2) Context.

يشير الواقع إلى أن كثيراً من العوامل الواقية التي تم تحديدها باعتبارها ميسرات للنمو على الرغم من ظروف الخطر تشير إلى أهمية النظم التواؤمية الأساسية التي يمتلكها البشر عمومًا والتي توجد من أجل المحافظة على مسار النمو والمساعدة في التعافي من المحن، لأنها تعمل على المحافظة على الظروف المعيارية. (٤٥) (٤٧) (٥٤) لقد تمت دراسة بعض هذه النظم التواؤمية في مجال علم النفس الارتقائي (النمو النفسي) وتتضمن نمو علاقات الارتباط والتعلق والنمو الخلقي وتنظيم الذات من أجل تعديل الانفعالات والاستثارة والسلوك، ونظم الدافعية والتمكن، ونظم معالجة المعلومات والنظم العصبية السلوكية، وهناك نظم أخرى تتضمن الإطار الثقافي الواسع ويشمل شبكة العائلة الممتدة، والمؤسسات الدينية وغيرها من النظم الاجتماعية في المجتمع والتي تساعد الفرد على التواؤم. هذه النظم شديدة التنوع وتستجيب لمدى واسع من التحديات العادية أو المعيارية أو غير المعيارية. إذا كان التهديد الأساسي لتوافق الأطفال هو ضغوط تهدد نمو هذه النظم الأساسية الواقية. فسوف يترتب على ذلك أن قدرة الأطفال على التعافي وعلى أن يصبحوا صامدين نفسيًا سوف تعتمد على ما تبقى من هذه النظم.

ويظهر تأثير نظرية النظم النمائية[١] في النماذج التفسيرية الدينامية المتعددة الأسباب لخصائص الصمود النفسي التي تركز عليها الموجة الثانية. تستخدم دراسات الموجة الثانية مفاهيم نظرية النظم النمائية مثل تساوي النهايات[٢]، تعدد النهايات، المسار[٣]، الطرق[٤]، التي تعبر عن النماذج الدينامية والتفاعلية والتبادلية ومتعددة الأسباب ومتعددة المستويات التي تميز نظرية النظم النمائية. (٦) (١٢) (٢٣) التركيز الأساسي في كثير من دراسات الموجة الثانية على العمليات التي قد تؤدي إلى الصمود

(1) Developmental systems theory.

(2) Equifinality -multifinality.

(3) Trajectories.

(4) Path ways.

النفسي، وقد حاولت الدراسات اكتشاف العمليات التي قد تفسر التأثيرات الواقية التي تنشط لدى بعض الأفراد تحت بعض الظروف، وكذلك العمليات الوسيطة التي تفسر كيف تعمل عوامل الخطر وعوامل الوقاية لتهديد التوافق أو تدعيمه.

يمثل المنحى الأيكولوجي التفاعلي[1] في دراسة الصمود النفسي علامة لنقله حاسمة في دراسة الصمود النفسي من التركيز التقليدي على دراسة الفرد إلى التركيز المنفتح على شبكة التفاعل مع الأسرة والمجتمع (١٦) (١٩) (٦٤) (٧٩). وتتحدد نواتج النمو في هذا المنحى بأنماط مركبة من التفاعل والتفاعل التبادلي وتضمنت الدراسات والبحوث في الموجة الثانية تكنيكات واستراتيجيات في التصميم والتحليل بما سمح لها باكتشاف التأثير المتعدد المستويات للعوامل. يؤكد هذا المنحى الدينامي الحاجة إلى تساؤلات بحثية مختلفة من أجل فهم عملية التوافق الإيجابي والسلبي التي تعقب الضغوط. فبدلاً من التساؤل لماذا أصبح هذا الطفل صامداً نفسيًا؟ يمكن أن يكون التساؤل عن الارتباط ثنائي الاتجاه بين الطفل والمجال الذي يعيش فيه. هذا التفاعل والارتباط بين الطفل والمجال الذي يعيش فيه يصبح مركزًا للاهتمام في هذا المنحى. مثل هذا المنحى يتبنى تصميمات بحثية تعكس الفروق بين الأفراد في المسارات النمائية، كما تعكس التنوع بين الأسر والمجتمعات والجماعات المباشرة والثقافات والتاريخ بدرجة أكبر من الكفاءة. كما تقدم بحوث ودراسات الموجة الثانية قياساً أكثر تعقيداً لتأثير الأسرة والبيئة. إن الآباء لا يستجيبون بصورة ثابتة لكل ابن من الأبناء، وكذلك فإن كل ابن من الأبناء له إدراكه الخاص لبيئة الأسرة (٦٠) حتى عندما تمر الأسرة بصراع أو اختلاف فإن تعبير الآباء السلبي قد يتجه لأحد الأبناء أكثر من غيره، وبنفس المنطق يختلف الأبناء في درجة تأثرهم بالصراع أو الخلاف واستجابتهم له. يستطيع النموذج أن يستوعب هذا النمط الدينامي ويؤكد على أهمية دراسة الأنماط التبادلية للتفاعل التي تشكل النمو عبر الزمن (٧١) وهذا تطبيق لمبدأ تساوي النهايات وتعدد النهايات.

(1) Ecological, transactional systems.

وأخيراً فإن إدراك الطفل وتفسيره للخبرات التي يمر بها في الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه يعتبر عاملاً وسيطاً في تأثير هذا الوسط عليه (٤) وقد ركز بعض الباحثين دراساتهم على هذه العمليات الداخلية (١٥)، هذا النوع من القياس في غاية الصعوبة وخاصة بالنسبة للأطفال الصغار الذين لم يتمكنوا بعد من المهارات اللغوية والإطار التصوري اللازم لوصف تأثير الخبرات الصادمة عليهم. هناك تغيرات مهمة في المعنى الذي يكسبه الطفل لخبراته تبعاً للمرحلة العمرية التي يمر بها، وبالتالي يتغير معنى ويتغير تأثير الخبرات الصادمة مع تغير المرحلة العمرية. مثال إذا وقعت الإساءة الجنسية في مرحلة مبكرة من حياة الطفل وهو لا يفهم المعنى الكامل للحدث يكون تأثيرها مختلفاً عما إذا حدثت في مرحلة لاحقة، حيث يحوطها الشعور بالخزى والخيانة ويتجسد فيها خبرة المشقة. على الرغم من ندرة الدراسات والبحوث التي تتناول الخبرات الذاتية للأطفال واستجاباتهم المعرفية والوجدانية في مواجهة الخبرات الصادمة، فإنها تمثل مجالات يجب الاهتمام بها من أجل فهم أفضل للتنوع بين الأفراد في الاستجابة للصدمات والضغوط (٥٨).

خصوصية السياق بالنسبة للعمليات الواقية:

مع زيادة الاهتمام بالعمليات التي تسهم في الصمود النفسي، بدأ الباحثون في الموجة الثانية أن يلاحظوا أن العمليات الواقية لها خصوصية تتعلق بالسياق. وقد أوضح هذا البحث أهمية الانتباه للطرائق المختلفة التي تتخذها جماعات معينة معرضة لمصادر ضغوط متنوعة لتحقيق التوافق، واكتشاف أي المتغيرات كان حاسماً لأي الأفراد في هذه السياقات. في دراسة تتبعية لمجموعة من أطفال سوء المعاملة قدم الباحثان شواهد بهذا الشأن، على حين وجدت كثير من دراسات الأطفال المعرضين لأخطار شديدة أن العلاقات الحميمة والمساندة الاجتماعية منبآت بنتائج أفضل على المدى البعيد، فقد وجد الباحثان (١٣) أن أطفال سوء المعاملة الذين أظهروا توافقاً إيجابياً كانت لديهم علاقات أقل وأبدوا أنماطاً وجدانية أكثر تقييداً في تنظيم الذات

بالمقارنة بعينة ضابطة لم تتعرض لسوء المعاملة. وفي نفس المسار (٨٤) (٨٩) وجد أن التباعد الوجداني وانخفاض توقعات الأطفال من الآباء كانت أكثر ارتباطًا بالصمود النفسي وليس بسوء التوافق. وقد لاحظ الباحثان أن الراشدين ذوي الصمود النفسي انتزعوا أنفسهم من آبائهم وإخوانهم، وربما يرجع ذلك لحماية أنفسهم من الانجراف في مشكلات الأسرة الوجدانية. تكشف هذه النتائج عن تمايز التحديات التي يواجهها أطفال الأسرة المضطربة، وتؤكد أهمية تجنب الاندفاع إلى نتائج حول ما يعتبر مواجهة إيجابية.

لقد ألقى مشروع روشستر للأطفال (٨٩) (٩٠) الضوء على القضايا المتعلقة بخصوصية السياق[1] في التوافق والعمليات وراء الصمود النفسي، في دراستهما التتبعية لأطفال نشئوا في سياق بيئي خطر، حيث ارتفاع معدلات الفقر والعنف والتفكك الأسري ومشكلات التعاطي، وجد الباحثان أن بعض العوامل التي تعتبر حامية واقية كانت تختلف في تأثيرها تبعًا لخصائص الطفل والسياق الذي يعيش فيه. مثال: رغم أن التوقعات المستقبلية الإيجابية وإدراك الكفاءة الشخصية تعتبر دائمًا عوامل حماية ووقاية، فإن هذا التأثير الإيجابي لم يظهر لدى أفراد العينة إلا حين كان هذا الإدراك الإيجابي مطابقًا للواقع. فإذا كان المراهق غير واقعي في إدراكه لكفاءاته فإن هذا الإدراك الإيجابي يرتبط بمخاطر أشد ومشكلات سلوكية أخطر. وأكثر من هذا فقد وجد الباحثان أن التوقعات المستقبلية الإيجابية كانت ترتبط بعدم الالتزام الأكاديمي كما كانت ترتبط بالمشكلات السلوكية. وبمعنى عام تشير هذه النتائج إلى أن الخصائص الشخصية للطفل مثل تقدير الذات المرتفع أو التوقعات المستقبلية الإيجابية قد ترتبط بالصمود بالنسبة لبعض الأطفال وليس لكل الأطفال. إن الانتباه لمدى الاتساق بين معتقدات الطفل وتوقعاته من ناحية وقدرته على تحقيق أهدافه من ناحية أخرى أمر مهم للغاية.

(1) Context - Specific adaptation.

الثبات والتغير في الصمود التوافقي :

مع تطور دراسات الصمود ظهرت رؤى أكثر تدقيقًا، فقد كان واضحًا أن الطفل الواحد يمكن أن يتم تشخيصه على أنه صامد نفسيًا في مرحلة نمائية معينة دون أخرى، فقد يتوافق في سياق ما ولا يتوافق في غيره في نفس المرحلة النمائية، وأن الطفل يمكن أن يكون متوافقًا في بعض جوانب حياته دون غيرها، وأكثر من هذا فقد أعطت بحوث ودراسات الموجة الثانية اهتمامًا كبيرًا، لتنوع مستويات التفاعل فيما يؤدي إلى الصمود ونتيجة لذلك تركز أكثر نماذج الصمود تعقيدًا على المسارات الصحية مقابل المسارات اللا توافقية في نمو الأطفال المعرضين للمحن على امتداد حياتهم. هذه النماذج تسمح بالفرصة للانتباه بصفة خاصة لنقاط التحول في حياة الأفراد، والأخذ في الاعتبار التفاعل الكلي المعقد بين فرد يتغير وسياق يتغير أيضًا (٥٤) (٦٧).

إن معظم النقاش حول المسارات النمائية مستمد من دراسات حالة أو دراسات تتبعية (٧) (٢٤) (٣١) (٦٩) (٧٣) (٨٤) (٨٥). هذه الدراسات الطولية التتبعية تسمح لنا بدراسة التغيرات داخل الفرد عبر الزمن وليس التركيز على تحليل الفروق بين الأفراد. هذه البيانات تكشف عن الطاقة للتغير التي توجد خلال عملية النمو وتبصرنا بالعمليات التي يمكن أن تؤدي إلى التغير أو الثبات في النشاط الوظيفي. مثال: ما أشارت إليه الدراسات الحديثة التي حددت مسارات الجناح والسلوك الإجرامي على أساس البيانات المستمدة من الدراسات الطولية (٣١) (٧٣) أن التفاعل المركب بين الأبناء والرفاق والآباء وغيرهم من الراشدين في الأسرة والجيرة والمدرسة والعمل، هذا التفاعل يسهم في الإيجابية والسلبية في مرحلة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة وبداية الرشد، كما أشارت هذه الدراسات إلى وجود نقاط تحول حاسمة في الاستجابة للتحديات النمائية المحددة – مثل الالتحاق بالمدرسة، أو الانتقال من مرحلة الطفولة إلى المراهقة – ويمكن أن تشكل طبيعة ومسار التوافق في المستقبل. هناك ثلاث دراسات تتبعية لعينة في خطر شديد في مرحلة الانتقال من المراهقة إلى الرشد وتقدم هذه الدراسات معلومات مشجعة عن احتمالات التعافي، فقد وجد (٨٤) أن معظم أفراد

العينة كانوا تحت ظروف الخطر الشديد في مرحلة المراهقة وكانت لديهم مشكلات شديدة في مواجهة ظروف الخطر، ولكنهم تعافوا بتقدمهم في السن إلى ٣٠ سنة، وخاصة الإناث كان هناك مراهق واحد من ستة مراهقين ظل يعاني من المشكلات في الرشد. وقد تأيدت (٢٤) هذه النتيجة في دراسة على مراهقات من الأمهات السود. وفي دراسة أخرى أشارت النتائج إلى كف السلوك المنحرف عبر الزمن ففي منتصف العمر كان معظم الشباب ذوى السلوك المعادي للمجتمع في الدراسات الثلاثة التي سبقت الإشارة إليها (٧٣) أصبح لديهم ارتباط بالعمل والزوجة مصاحبًا للتوافق الإيجابي وذلك نتيجة التغير. ومن الأنشطة التي يسرت النتائج الإيجابية تنمية الموارد الشخصية، الحصول على تعليم أفضل، الزواج بزوجة متقبلة ومساندة، الالتحاق بالتجنيد للحصول على تدريب مهني، وتنظيم الأسرة وهي مكونات حاسمة في تنمية التغير داخل الفرد على مدى الزمن. وبالنسبة لآخرين معرضين للخطر كانت الأسرة الممتدة الداعمة والصداقة وعضوية هيئات دينية كانت كلها ميسرات لتحقيق تغيرات إيجابية. كما تشير نتائج الدراسات التتبعية التي أجريت على أطفال التبني بعد الإقامة في مؤسسات تتسم بالحرمان الشديد (٦٨) وكذلك اللاجئين الذين تعرضوا لصدمات الحرب (٨٨) تشير إلى استعادة النمو السليم حين تتوفر الظروف المناسبة للتنشئة. تكشف هذه الدراسات عن أهمية نقاط التحول في حياة أولئك الذين تعرضوا لمحن شديدة. يمكن لنقاط التحول كالتبني والهجرة والانتقال لمرحلة تعليمية أعلى والحصول على وظيفة ثابتة والزواج الناجح أن تدخل في مسار نمو الفرد تغيرات دائمة، وقد وصفت هذه الظاهرة بأنها "نزع الفتيل"(١) وذلك في الدراسات الطولية التي أجريت على شباب من ذوي السلوك المضاد للمجتمع – وهناك دلائل كثيرة على حدوث هذه التحولات الدرامية عبر الحياة (٣٨).

إن أنماط التعافي التي ظهرت لدى الكثيرين في مرحلة متأخرة في الحياة لا تعني أن كل الأطفال سوف يتعافون، فنسبة كبيرة من أطفال الإيواء الأيتام برومانيا وكذلك

(1) Knifing off.

المهاجرين لديهم مشكلات شديدة ومزمنة عقلية ووجدانية وسلوكية وهي الآثار الباقية لخبراتهم (٢٩) (٥١) (٦٨) (٨٨). لقد كشفت الدراسات الطولية (٨٤) (٧٣) (٣٨) أن وجود مشكلات متعددة في جوانب متعددة في مرحلة مبكرة كالفشل في المدرسة، أو مشكلات حادة في الصحة العقلية، أو مشكلات انحراف متكررة فسوف يؤدي إلى أن يصبح نمط سوء التوافق والسلوك المنحرف مستقراً في الشخصية. وقد ألقت هذه النتائج الضوء على نمط يتكرر ظهوره في الدراسات الطولية وهو استمرار سوء التوافق في مراحل النمو عندما لا تتحقق الكفاءة في مجالات نمائية متعددة. مثل هذه الآثار قد تفسر تزايد صعوبة برامج التدخل كلما تقدم الأفراد في مسار سوء التوافق (٥٣) (٩٢). هناك اعتبار آخر وهو احتمال عدم الظهور الفوري لنتائج المحن التي تحدث في بداية الحياة، وإنما قد تظهر في مرحلة لاحقة من مراحل النمو، بعض أنماط محن الحياة المبكرة كمرض الأم بالاكتئاب أو معاناة الإهمال أو سوء المعاملة قد تفسد قدرة الطفل على القيام بدوره بنجاح باعتباره عضوا في أسرة. مثال الإناث اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي قد تظهر لديهن مشكلات متعددة في العلاقات الاجتماعية بما فيها العلاقات الحميمة، واضطراب الوظائف الجنسية وصعوبات في الوظائف الوالدية(٢٠)، ومن هنا كانت الحاجة لدراسات طولية عن العلاقات الاجتماعية عبر الزمن من أجل فهم تأثير خبرات العلاقات الصدمية على التعلق بالغير في المستقبل والكشف عن أنماط الخبرات الخاصة بالعلاقة بالآخر التي يمكن أن تلغى أو تعادل تأثير الخبرات الصادمة. (٢٢) إن فهم الصمود النفسي باعتبارها عمليات تغير تفاعل الطفل مع ظروف الحياة الصعبة، وتمكنه من تخفيف الآثار السلبية لهذه الخبرات وتساعده على التمكن، وتحميه من حمل وصمة التصاق صفة سلبية به وهو ما يحدث عند اعتبار الصمود ناتجا فرديا وليس عملية تفاعل الأطفال الذين مروا بمحن خاصة إذا كانت حادة ومستمرة لمدة طويلة، يكون لديهم في الأغلب أعراض بصورة ما. ولذلك فمن المفيد أن نفكر في متصل للصمود[1]

(1) Continuum of Resilience.

ومتصل للاستهداف[1] عبر المجالات المختلفة الجسمية والنفسية والبينشخصة والمهنية وأن ننتبه إلى الدينامية والتغير في حالة الطفل الوظيفية عبر الزمن.

هناك نتائج قد تكون مدمرة لاعتبارالصمود سمة شخصية أهمها الميل لرؤية الأطفال الذين لم يتوافقوا بصورة جيدة باعتبارهم يفتقرون (الشيء الصحيح أو السليم) وبالتالي يلامون لعدم قدرتهم على تخطي المعوقات التي واجهوها، هذا التركيز يقلل من الضغوط الاجتماعية والمحن المزمنة التي يواجهها كثير من الأطفال كما يقلل من تأثير الدور الهائل الذي يلعبه المجال أو السياق الذي يعيش فيه الفرد على الصمود النفسي. وحيث إن التوافق يكمن في سياق يتكون من نظم متعددة من التفاعل تتضمن الأسرة والمدرسة والجيرة والمجتمع والثقافة، فإن الصمود لدى الطفل يعتمد على أفراد متعددين ونظم متعددة. إن العمليات التي تبنى الصمود أو المشكلات لابد أن تفهم داخل هذا السياق، الكلي. الأطفال الذين لا يحققون النجاح يفتقرون الدعم الأساسي والحماية والاحترام الذي يحتاجونه لكي يحققوا نمواً ناجحًا، على حين أن الأطفال الذين ينجحون عادة ما يكون لديهم دعماً خارجياً ليستمروا في مسيرتهم للأمام. إن نفس القوى التي تقيد نمو الطفل كالفقر والتمييز والرعاية الصحية غير المناسبة والتعرض للعنف في المجتمع، غالبًا ما تؤثر في كل الأسرة، فالأسر الفقيرة أو الأسر التي يكون أحد الوالدين بها مدمنًا أو مريضًا عقليًا، دائمًا ما تعجز عن تقديم الموارد الأساسية والحماية الضرورية التي يحتاجها الأطفال. كل البشر يحتاجون إلى دعم ومساعدة المجتمع الذي يعيشون فيه، ودرجة النجاح التي يحققها الفرد في اجتياز العقبات هي جماع مركب من القوى الشخصية والاستهداف وكذلك التفاعل مع شبكة الأسرة والمجتمع (١٦) (٦٤) (٧٩).

---

(1) Continuum of Vulnerability.

التأثيرات الثقافية على الصمود النفسي:

تمثل الثقافة مكونًا حاسمًا في فهم عمليات بناء الصمود النفسي. كما زود التطور البيولوجي الإنسان بنظم توافقية عديدة، أنتج التطور الثقافي العديد من النظم الواقية، فعوامل الوقاية تمتد جذورها في الثقافة. حيث تقدم التقاليد الثقافية والطقوس الدينية والمسالك المجتمعية تنوعًا واسعًا من الوظائف الواقية، وإن كانت لم تنل حظها في دراسات الصمود، فقد تكون هناك تقاليد ثقافية معينة أو معتقدات أو نظم مساندة من شأنها أن تساند الأفراد والأسر والمجتمعات في تعاملها مع المحن في هذه الثقافات. بعض طقوس التبرك والتطهير كتلك التي تشيع في ثقافة قبائل الهنود الحمر (٣٧) وغيرها من الثقافات حول العالم يمكن أن تحسن أو تبطل من تأثير الخبرات الضارة أو المدمرة بين البشر في ثقافة ما. وكذلك الحال بين الأقليات في المجتمع حيث أن عوامل كقوة الهوية الإثنية والكفاءة والرضا في العلاقة بأفراد جماعات أخرى والتنشئة الاجتماعية القومية لها أهمية خاصة في التعامل مع التحديات الناجمة عن خبرات القهر والتمييز في الإطار الذي يعيشون فيه (٧٨) (٨٦)، هناك عدد محدود من الدراسات المنظمة التي تتناول العمليات الوقائية النابعة من الثقافة. لقد رحب الباحثون في مجال البحوث عبر الثقافة بالابتعاد عن التصور المبنى على الأفراد والاتجاه نحو إطار مبني على السياق الاجتماعي عند دراسة الصمود النفسي (٢) (٥) (٣٢).

رغم أن بعض العوامل والعمليات التي تم تحديدها باعتبارها من العوامل التي تنمي الصمود تتركز على أداء الفرد (مهارات معرفية جيدة، حساسية اجتماعية وجدانية، قدرة على تنظيم الذات) فإن شكل هذه العمليات ووظيفتها يمكن أن تتأثر بالثقافة أو يمكن أن تتفاعل مع المتطلبات والتوقعات الثقافية بطرائق لم تفهم جيداً. وأكثر من ذلك فقد تحددت عوامل كثيرة أخرى داخل الشبكة الجمعية للأسرة والمجتمع. مع الاستمرار في دراسة الصمود النفسي سوف يكون من المهم استكشاف مدى تشابه تأثير عوامل وجد أنها تنمي الصمود لدى جماعة ثقافية ما مع تأثيرها على جماعة ثقافية أخرى، وكذلك مدى اختلاف تأثير عامل معين باختلاف الإطار الثقافي

في جماعات متعددة. مثال قد يكون هناك اختلافات كبيرة بين الجماعات الثقافية والعرقية المختلفة فيما يتعلق بأهمية الفردية والجماعية والأسرية، وهذه الأبعاد قد تعمل وسيطا في بناء الصمود النفسي بطرائق مختلفة في الجماعات المختلفة، (٢٥) (٣٣) وقد تتحسن جهود التدخل إذا أخذنا في الاعتبار هذه الأبعاد وغيرها من الأبعاد الثقافية.

الموجة الثالثة: التدخل من أجل تعزيز الصمود النفسي:

إن المنطق الحاكم وراء الدراسة المنظمة للصمود النفسي التلقائي هو توجيه جهود الممارسة والوقاية والسياسة التي تهدف إلى خلق الصمود النفسي حين لا يوجد احتمال لوجودها بصورة طبيعية أو تلقائية (دون تدخل)، قد يكون مزيد من فهم العمليات الوسيطة المعدلة مرحلة ضرورية في البحث قبل أن يتحقق الهدف. إن البحث في هذه العمليات ظل مركز اهتمام الموجة الثانية في النظرية والتطبيق، ولكن الموجة الثالثة من البحث تركز على التدخل من أجل تحسين الصمود النفسي، وتظهر هذه البحوث في صورة تصميمات تدخلية مشتقة من أساس نظري. وتأخذ بحوث الموجة الثالثة صورة دراسات تجريبية لاختبار نظرية الصمود النفسي.

تمثل الموجة الثالثة نقطة تلتقي عندها الأهداف والنماذج ومناهج من العلوم الوقائية ودراسات الصمود النفسي (١١) (١٤) (١٦) (٤٨) (٨١) (٩٤) الطبيعية أو التلقائية. الدراسات التدخلية المتعددة الأوجه التي صممت لمنع السلوكيات الخطرة والانحراف وغيرها من مشكلات الأطفال أو الحد منها مثل مشروع سيتل للنمو الاجتماعي[١]، وكذلك برامج التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة[٢] وهو مصمم لتحسين بعض السلبيات لدى الأطفال الذين ينشأون في بيئات فقيرة أو محرومة، وتتضمن

(1) FAST Track- Seattle social Development project.

(2) Abecedarian, Head start, Perry Preschool Project.

استراتيجيات متعددة صممت لتحسين النجاح في المهام النمائية وفي نفس الوقت للحد من خطر المشكلات السلوكية (٦١) (٦٢) (٨٠). ومع تراكم البيانات عن المقومات والعوامل الواقية والعوامل المحسّنة في دراسات الصمود الطبيعية (التلقائية) كانت البيانات تتراكم في العلوم الوقائية التي تستمد أساسها من محاولات إكلينيكية، وتشير إلى أن تنمية الكفاءة عنصر أساسي في البرامج ذات الفاعلية، وأن وسائط التغيير تتشابه بشدة مع العمليات التي وردت في القائمة المختصرة في بحوث الصمود النفسي(١١) (٤٢) (٤٥) (٤٨) (٦٢).

في بداية القرن أصبح واضحًا في أدبيات العلم أن هناك تغيرًا حدث في مجال دراسة الصمود النفسي حيث يوجد "إطار عمل" للممارسة والسياسة البحثية (٤٢) (٤٥) (٤٨) (٥٣) (٥٤) الوقاية. حيث تقدم نماذج التدخل باعتبارها عمليات واقية لتنمية الصمود (٧٤) (٨٢) (٨٩) (٩١)، إن التدخل من أجل تغيير مسار حياة طفل معرض لخطر الاضطراب النفسي أو لغيره من المشكلات سواء بالحد من تعرضه للخطر والمحن أو بإثراء موارده الشخصية أو تنشيط نظم الوقاية في بيئته هو في ذاته عملية واقية. وتختبر البرامج التدخلية التجريبية الفروض الخاصة بكيفية بناء الصمود النفسي، خاصة عندما تكون عملية التغير محددة مثلاً في الأسلوب الوالدي باعتبارها متغيرا في بناء الصمود أو في أسلوب العزو باعتباره متغيرا في الصمود، وهنا يرتبط التدخل بتغير في العملية التي تم تحديدها (الوالدية أو العزو) ويرتبط التغير بتغيير في سلوك الفرد أو النظام. لقد تم تحديد (٣٦) كيف يختبر التصميم التدخلي التجريبي الآثار المعدلة والوسيطة باعتبار التدخل هو العامل المعدل للعملية الوسيطة أي العملية التي اعتبرها الفرض في هذا التصميم أنها تلعب دور العامل الوسيط. ويمكن لهذه التجارب أن تحدد من الأكثر استفادة من أي إجراء تدخلي وما هي التغييرات التي قامت بدور العملية الوسيطة، وبالتالي يتيح هذا التصميم اختبار التأثيرات الوسيطة والمعدلة للنتائج. ويقدم لنا مشروع "سيتل" في النمو الاجتماعي مثالاً ممتازًا لتجربة لاختبار كيف أدى التدخل للحد من المشكلات السلوكية (٣٠) (٣١) مثال، قدم برنامج تدخلي شامل لمجموعة من أطفال المدارس الابتدائية يعيشون في جيرة يرتفع فيها معدل

الجريمة، وقد أدت التجربة إلى تغير في ارتباط الأطفال بالمدرسة الذي ارتبط بدوره بنتائج أفضل في المرحلة الثانوية، حيث كان تحصيل الأطفال أفضل والسلوك اللاجتماعي أقل، وهناك تجربة ممتازة أخرى حيث قدم الباحثان (٧٤) برنامجًا وقائيًا لأسر المطلقين، وكان الهدف من البرنامج جعل سلوك الوالدين عاملاً وسيطًا لتعديل آثار الطلاق، وفي دراسة تتبعية بعد ست سنوات كان أطفال الآباء الذين تلقوا البرنامج يتمتعون بصحة نفسية أفضل نتيجة لتأثير أسلوب الوالدين باعتباره عاملا وسيطا وهذا ما تنبأ له البرنامج الوقائي. مثل هذه الدراسات تقدم دليلاً قويًا على فاعلية التدخل من ناحية وتأثير الوظائف الوالدية في العمليات السببية التي ترتبط بما يحدث للطفل من نتائج في مرحلة وقوع المحنة. من ناحية أخرى، إن أطفال الآباء الذين يتعاملون بطبيعتهم أو مساعدة خارجية مع المحن بأسلوب جيد يكونون أكثر صمودًا.

البحث في التدخل من أجل بناء الصمود النفسي في خطواته الأولى وإن كانت كثير من الدراسات الكلاسيكية الأولى للتدخل الوقائي يمكن أن يعاد النظر لها في إطار الصمود حتى وإن لم تتضمن منطوق المصطلح. كما يلاحظ في الطبعة الخاصة لمجلة السيكولوجي الأمريكي[1] التي ركزت على الوقاية (٨١) إن هناك موضوعات كثيرة تتطلب مزيدًا من العمل لفهم العمليات الوسيطة وعمليات التعديل وعمليات التحسين وعمليات التعويض حتى يمكن توظيفها بكفاءة وفاعلية لصالح الأطفال والمجتمع، هذه الدفعة الأولية للموجة الثالثة في دراسات الصمود لن تجد طريقها للتدخل بنجاح في حياة المستهدفين للخطر، إلا من خلال تحديد العمليات متعددة الأوجه وراء التوافق الناجح في ظل ظروف المحنة.

إن تحليل برامج التدخل الناجحة التي أثرت في الأطفال يؤكد على أهمية المناحي المشتقة من نظريات، كما يؤكد على البرامج التي تتبنى المنحى النمائي الأيكولوجي المنظومي. تتضمن البرامج الوقائية الناجحة كثير من العوامل التي نتناولها في هذا

---

(1)American Psychologist.

الفصل، وهذا يتضمن برامج شاملة عبر مجالات متعددة، برامج يتوفر فيها البعد الأفقي فتمتد على طول فترة زمنية مناسبة والبعد الرأسي فتمتد إلى أعماق الخبرات وتتناول أبعاد المشكلة والتدخل الذي يتناسب مع الثقافة القائمة (٥٦). مثل هذا المنحى التدخلي يقر بتعدد المحن وتراكم الصدمات التي يواجهها الأطفال ويؤكد على أهمية تنمية الكفاءة وبناء الحماية عبر مجالات متعددة حتى تتحقق نتائج إيجابية.

ما بعد الموجة الثالثة:

لقد قدمت دراسات الصمود في الثلاثين عامًا الماضية ثروة من المعلومات وجهت تصميم البرامج الوقائية وتنفيذها، كما قدمت برامج الوقاية نتائج استفادت من النظرية وأفادتها. لقد وثق البحث في طبيعة المخاطر وعوامل الحماية و الصمود النفسي والتعافي هذا الجهد البحثي سواء كان أساسيًا أو تطبيقيًا قد وثق للتداخل بين العوامل المختلفة للمشكلات، وبالتالي الحاجة إلى التدخل الشامل والعريض في حياة الأطفال المعرضين لمحن مزمنة. على الرغم من الحاجة إلى وجود برامج تدخل متعددة الأوجه ومشتقة من المجتمع[1]، فإن العقبة الأساسية لتقديم هذه البرامج تكمن في المعتقدات الثقافية والقيم الأمريكية، فكما تأثرت البحوث في بداية دراسة الصمود بالمعتقدات الثقافية حول قوة الفرد ومسئوليته عن التغلب على مشكلاته، فإن المعتقدات الثقافية في الفردية تقوض جهودنا لتحسين الرفاه على المستوى القومي (٦٣). إن التحدي الحاسم الذي يواجه الباحثين في الموجة الثالثة هو تناول التفاوت بين نتائج البحوث والسياسة العامة، والعمل بجدية وفاعلية لرفع الوعي التربوي لدى صانعي السياسة بأهمية البرامج الوقائية الشاملة وجعلها متاحة للجميع. إن التركيز الأساسي للعمل في المستقبل في هذا المجال سوف يكون دراسة منظومية لأفضل الطرائق لترجمة البحوث التي تناولت عمليات الصمود إلى سياسات وبرامج فعالة ترفع الكفاءة والرفاه

(1) Community - based.

في الجيل القادم وبالتالي ترفع رأس المال البشري وهو ما تحتاج إليه كل المجتمعات والشعوب لتحقيق النجاح.

شكر

تم إنجاز هذا العمل بالمنحة المقدمة من المعهد القومي للصحة النفسية والمؤسسة القومية للعلوم ومؤسسة وليام جرانت وجامعة منسوتا وقسم الصحة النفسية بجامعة أوهايو"، كما نعبر عن عميق التقدير لما قدمه نورمان جار ميزي من رعاية لهذا العمل.

REFERENCES

1- Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child and his family: Vol. 3: Children at psychiatric risk* (pp. 529–544). New York: Wiley.

2- Aponte, H. (1994). *Bread and spirit: Therapy with the new poor.* New York: Morton.

3- Benson, P. L., Scales, P. C., Leffert, N., & Roehlkepartain, E. C. (1999). *A fragile foundation: The state of developmental assets among American youth.* Minneapolis: Search Institute.

4- Boyce, W. T., Frank, E., Jensen, P. S., Kessler, R. C., Nelson, C. A., Steinberg, L. et al. (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur network on psychopathology and development. *Development and Psychopathology, 10*, 143–164.

5- Boyd-Franklin, N., & Bry, B. H. (2000). *Reaching out in family therapy: Home-based, school and community interventions.* New York: Guilford.

6- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

7- Cairns, R. B., & Cairns, B. (1994). *Lifelines and risks: Pathways of youth in our time.* New York: Cambridge University Press.

8- Cicchetti, D. (1990). An historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 2–28). New York: Cambridge University Press.

9- Cicchetti, D. (2003). Foreword. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. xix–xxvii). New York: Cambridge University Press.

10- Cicchetti, D., & Garmezy, N. (Eds.). (1993). *Development and psychopathology, special issue: Milestones in the development of resilience* (Vol. 5). New York: Cambridge University Press.

11- Cicchetti, D., Rappaport, J., Sandler, I., & Weissberg, R. P. (Eds.). (2000). *The promotion of wellness in children and adolescents.* Washington, DC: CWLA.

12- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 597–600.

13- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology, 9*, 797–815.

14- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J. et al. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist, 48*, 1013–1022.

15- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Progress, problems, and potential. *Psychological Bulletin, 127*, 87–127.

16- Cowen, E. L. (2000). Psychological wellness: Some hopes for the future. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. P. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents* (pp. 477–503). Washington, DC: CWLA.

17- Cowen, E. L., & Durlak, J. A. (2000). Social policy and prevention in mental health. *Development and Psychopathology, 12*, 815–834.

18- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., & Iker, M. R. (1994). A preventive intervention for enhancing resilience among young highly stressed urban children. *Journal of Primary Prevention, 15*, 247–260.

19- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process.* New York: Guilford.

20- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review, 21*, 553–576.

21- Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology, 5*(4), 517–528.

22- Egeland, B., Weinfield, N. S., Bosquet, M., & Cheng, V. K. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *Infant mental health in groups at high risk. WAIMH handbook of infant mental health* (Vol. 4, pp. 35–89). New York: Wiley.

23- Ford, D. H., & Lerner, R. M. (1992). *Developmental systems theory: An integrative approach.* Newbury Park, CA: Sage.

24- Furstenberg, F. F., Jr., Brooks-Gunn, J., & Morgan, S. P. (1987). *Adolescent mothers in later life*. Cambridge: Cambridge University Press.

25- Gaines, S. O., Marelich, W. D., Bledsoe, K. L., Steers, W. N., Henderson, M. C., Granrose, C. S. et al. (1997). Links between race/ethnicity and cultural values as mediated by racial/ethnic identity and moderated by gender. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 1460–1476.

26- Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book Supplement #4* (pp. 213–233). Oxford: Pergamon.

27- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 97–111.

28- Glantz, M. D., & Johnson, J. L. (1999). *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

29- Gunnar, M. R. (2001). Effects of early deprivation: Findings from orphanage-reared infants and children. In C. A. Nelson & M. Luciana (Eds.). *Handbook of developmental cognitive neuroscience* (pp. 617–629). Cambridge, MA: MIT Press.

30- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. D., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behavior by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*, 226–234.

31- Hawkins, J. D., Smith, B. H., Hill, K. G., Kosterman, R., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2003). Understanding and preventing crime and violence. In T. P. Thornberry & M. D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 255–312). New York: Kluwer Academic.

32- Hill, R. (1999). *The strengths of African-American families: Twenty-five years later*. Lanham, MD: University Press of America.

33- Kim, U., Triandis, H. C., Kagitcibasi, S., Choi, S., & Yoon, G. (Eds.). (1994). *Individualism and collectivism: Theory, method and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.

34- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry, 54*, 337–343.

35- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A. E., Offord, D. R., & Kupfer, D. J. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry, 158*, 848–856.

36- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry, 59*, 877–883.

37- LaFromboise, T. D., Oliver, L., & Hoyt, D. R. (in press). Strengths and resilience of American Indian adolescents. In L. Whitbeck (Ed.), *This is not our way: Traditional culture and substance use prevention in American Indian adolescents and their families*. Tucson: University of Arizona Press.

38- Laub, J. H., & Sampson, R. J. (2002). Sheldon and Eleanor Glueck's unraveling juvenile delinquency study: The lives of 1,000 Boston men in the twentieth century. In E. Phelps, F. F. Furstenberg Jr., & A. Colby (Eds.). *Looking at lives: American longitudinal studies of the twentieth century* (pp. 87–115). New York: Russell Sage Foundation.

39- Laub, J. H., Nagin, D. S., & Sampson, R. J. (1998). Trajectories of change in criminal offending: Good marriages and the desistance process. *American Sociological Review, 63*, 225–238.

40- Luthar, S. S. (Ed.). (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.

41- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology, 12*, 857–885.

42- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543–562.

43- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In M. D. Glantz, J. Johnson, & L. Huffman (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 289–296). New York: Plenum.

44- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227–238.

45- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of

children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425–444.

46- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 715–752). New York: Wiley.

47- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from successful children. *American Psychologist, 53*, 205–220.

48- Masten, A. S., & Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology, 12*, 529–550.

49- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8, pp. 1–52). New York: Plenum.

50- Masten, A. S., & Hubbard, J. J. (2003). *Global threats to child development: A resilience framework for humanitarian intervention.* Unpublished manuscript, University of Minnesota.

51- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. L. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychopathology, 11*, 143–169.

52- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1–25). New York: Cambridge University Press.

53- Masten, A. S., & Reed, M.-G. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74–88). New York: Oxford University Press.

54- Masten, A. S., & Wright, M. O. (1998). Cumulative risk and protection models of child maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 2*(1), 7–30.

55- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. et al. (2003). What works in prevention: Principles of effective intervention programs. *American Psychologist, 58*, 449–456.

56- O'Dougherty, M., & Wright, F. S. (1990). Children born at medical risk: Factors affecting vulnerability and resilience. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 120–140). New York: Cambridge University Press.

57- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*, 115–144.

58- Pines, M. (1975, December). In praise of "invulnerables." *APA Monitor*, 7.

59- Plomin,R., Asbury, K., & Dunn, J. (2001). Why are children in the same family so different? Nonshared environment a decade later. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 225–233.

60- Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist, 53*, 109–120.

61- Reynolds, A. J., & Ou, S. R. (2003). Promoting resilience through early childhood intervention. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 436–459). New York: Cambridge University Press.

65- Ripple, C. H., & Zigler, E. (2003). Research, policy, and federal role in prevention initiatives for children. *American Psychologist, 58*, 482–490.

66- Roberts, J. M., & Masten, A. S. (2004). Resilience in context. In R. DeV Peters, R. McMahon, & B. Leadbeater (Eds.), *Resilience in children, families, communities: Linking context to practice and policy* (pp. 13–25). New York: Kluwer Academic/Plenum.

children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425–444.

67- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 715–752). New York: Wiley.

68- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from successful children. *American Psychologist, 53*, 205–220.

69- Masten, A. S., & Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology, 12*, 529–550.

70- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8, pp. 1–52). New York: Plenum.

71- Masten, A. S., & Hubbard, J. J. (2003). *Global threats to child development: A resilience framework for humanitarian intervention.* Unpublished manuscript, University of Minnesota.
72- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. L. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychopathology, 11*, 143–169.
73- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1–25). New York: Cambridge University Press.
74- Masten, A. S., & Reed, M.-G. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74–88). New York: Oxford University Press.
75- Masten, A. S., & Wright, M. O. (1998). Cumulative risk and protection models of child maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 2*(1), 7–30.
76- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. et al. (2003). What works in prevention: Principles of effective intervention programs. *American Psychologist, 58*, 449–456.
77- O'Dougherty, M., & Wright, F. S. (1990). Children born at medical risk: Factors affecting vulnerability and resilience. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 120–140). New York: Cambridge University Press.
78- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*, 115–144.
79- Pines, M. (1975, December). In praise of "invulnerables." *APA Monitor*, 7.
80- Plomin, R., Asbury, K., & Dunn, J. (2001). Why are children in the same family so different? Nonshared environment a decade later. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 225–233.
81- Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist, 53*, 109–120.
82- Reynolds, A. J., & Ou, S. R. (2003). Promoting resilience through early childhood intervention. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 436–459). New York: Cambridge University Press.
83- Ripple, C. H., & Zigler, E. (2003). Research, policy, and federal role in prevention initiatives for children. *American Psychologist, 58*, 482–490.
84- Roberts, J. M., & Masten, A. S. (2004). Resilience in context. In R. DeV Peters, R. McMahon, & B. Leadbeater (Eds.), *Resilience in children, families, communities: Linking context to practice and policy* (pp. 13–25). New York: Kluwer Academic/Plenum.
85- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Vol. 3. Social Competence in children* (pp. 49–74). Hanover, NH: University Press of New England.
86- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316–331.
87- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (2nd ed., pp. 651–681). New York: Cambridge University Press.
88- Rutter, M., & the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (1998). Developmental catch-up and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 465–476.
89- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Long-term follow-up of women institutionalized in childhood: Factors promoting good functioning in adult life. *British Journal of Developmental Psychology, 18*, 225–234.
90- Sameroff, A. J. (1999). Ecological perspectives on developmental risk. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *Infant mental health in groups at high risk. WAIMH handbook of infant mental health* (Vol. 4, pp. 233–248). New York: Wiley.
91- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology, 12*, 297–312.
92- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 364–391). New York: Cambridge University Press.

93- Sandler, I., Wolchik, S., Davis, C., Haine, R., & Ayers, T. (2003). Correlational and experimental study of resilience in children of divorce and parentally bereaved children. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 213–240). New York: Cambridge University Press.
94- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology, 9*, 251–268.
95- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 11*, 1–13.
96- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 17–29.
97- Szalacha, L. A., Erkut, S., García Coll, C., Fields, J. P., Alarcón, O., Ceder, I. (2003). Perceived discrimination and resilience. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 414–435). New York: Cambridge University Press.
98- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford.
99- Weissberg, R. P., & Greenberg, M. T. (1998). School and community competence-enhancement and prevention programs. In I. E. Siegel & K. A. Renninger (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Child psychology in practice* (pp. 877–954). New York: Wiley.
100- Weissberg, R. P., & Kumpfer, K. L. (2003). Special issue: Prevention that works for children and youth. *American Psychologist, 58*, 425–490.
101- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. E. P. (2003). Prevention that works for children and youth: An introduction. *American Psychologist*, 58, 425–432.
102- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
103- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
104- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
105- Wright, M. O., & Littleford, L. N. (2002). Experiences and beliefs as predictors of ethnic identity and intergroup relations. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 30*, 2–20.
106- Wright, M. O., & Masten, A. S. (1997). Vulnerability and resilience in young children. In J. D. Noshpitz, S. Greenspan, S. Wieder, & J. Osofsky (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychiatry: Vol. 1 Infancy and Preschoolers: Development and Syndromes* (pp. 202–224). New York: Wiley.
107- Wright, M. O., Masten, A. S., Northwood, A., & Hubbard, J. J. (1997). Long-term effects of massive trauma: Developmental and psychobiological perspectives. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 8, The effects of trauma on the developmental process* (pp. 181–225). Rochester: University of Rochester Press.
108- Wyman, P. A. (2003). Emerging perspectives on context specificity of children's adaptation and resilience: Evidence from a decade of research with urban children in adversity. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 293–317). New York: Cambridge University Press.
109- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., & Kerley, J. H. (1993). The role of children's future expectations in self-system functioning and adjustment to life-stress. *Development and Psychopathology, 5*, 649–661.
110- Wyman, P. A., Sandler, I., Wolchik, S., & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. P. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents* (pp. 133–184). Washington, DC: Child Welfare League of America Press.
111- Yates, T. M., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 234–256). New York: Cambridge University Press.
112- Yates, T. M., & Masten, A. S. (2004). Fostering the future: Resilience theory and the practice of positive psychology. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 521–539). Hoboken, NJ: Wiley.
113- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin, 115*, 28–54.

الفصل الثالث

فهم مفهوم الصمود النفسي

هاوارد كابلن

يمتلئ مفهوم الصمود النفسي بالكثير من التراكيب والمتناقضات والغموض على الرغم من مظهره الخادع بالبساطة ، ويظهر هذا في الكتابات الأولى التي تناولت هذا الموضوع (١٣)، لقد أكدت المراجعات الأكثر حداثة هذه الصعوبات وقدمت بعض الحلول لبعض المشكلات (١٨) (٢٠) ومع ذلك فمازالت المشكلات قائمة. إن المفاهيم بطبيعتها لا تصنف إلى مفاهيم صادقة ومفاهيم مزيفة، ولكنها تقيم بقدر فائدتها، يتوقف استخدام مفهوم الصمود النفسي في دراسة التوافق لضغوط الحياة على جلاء الغموض المحيط بالمفهوم والذي جعل كثيرا من الباحثين يتساءلون عما يمكن أن يقدمه المفهوم في تطوير النظرية والبحث والممارسة الإكلينيكية. (٣) (١٣) (١٤) (٢٧) وسوف يناقش هذا الفصل ما أراه (الكاتب) مصدراً للغموض والخلط الذي يحيط بالمفهوم، كما يقدم مقترحات للشروط التي يجب أن تتوفر في تعريف المفهوم حتى يكون مفيداً في فهم التوافق والنمو الإنساني.

تعريف الصمود النفسي:

تتمثل نقطة الاتفاق حول تعريف الصمود النفسي في تحقيق نتائج إيجابية (أو تجنب النتائج السلبية) تحت ظروف صعبة يتوقع أن ترتبط بنتائج سلبية. إن

التدقيق في هذه الفكرة يكشف عن تساؤلات لا تتوفر لها إجابات، وهي تساؤلات قد تهدد ما يتوقع من المفهوم في فهم عملية التوافق، ومن القضايا المهمة في هذا الصدد نورد ما يلي:

(١) هل يشير الصمود النفسي إلى خصائص ونتائج نصف من خلالها الأفراد (أطفال أو راشدين ذكور أو إناث.... إلخ أو غير ذلك من التصنيفات الخاصة بالعرق أو الجنسية أو غيرها من المتغيرات النفسية الاجتماعية) أم أنه يشير إلى خصائص ونتائج لنظم أكثر عمومية، مثل جماعات بعينها، أو نظم أيكولوجية بعينها؟ يذكر التراث البحثي أن المفهوم يرتبط بفئات من الأفراد والنظم، بالنسبة لفئات الأفراد فقد درس الصمود لدى فئات كالنساء (١٢) أو الأطفال ذوى صعوبات التعلم (٣٤) أو المراهقين (٢٠) وتركز بعض المناقشات على مستوى أعلى من نظم التفاعل الاجتماعي. حيث الصمود الاجتماعي أو الأيكولوجي (١)، والصمود الثقافي المجتمعي(٦) أو الصمود الجمعي ويقصد به عمليات إعادة بناء العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها بعد التعرض لصدمة (١١) أو التي عانت من صدمة. كما استخدم المفهوم للإشارة إلى أزواج (٨) أو أسر (١٠) (٢١) (٢٢) (٣١) (٣٦) باعتبارها وحدات واجهت المحن بدرجة ما من الصمود.

على الرغم من أن المفهوم قد يطبق على مستوى التفاعل بين الأفراد أو على المستوى الفردي، فلابد من توضيح السياق الذي استخدم فيه، فمن المؤكد أن طبيعة النتائج التي يظهر فيها الصمود تختلف باختلاف الوحدة التي تطبق فيه .

> **"ففي المستوى المجتمعي يكون السلوك الناجح هو الذي يسهم في بقاء ورفاه الآخر أما في المستوى النفسي فيكون في السلوك الذي يحافظ على رفاه الذات. فالطفل الذي يوصف بأنه لديه شعور بالرضا عن ذاته، ويتمتع بصحة جيدة وهو متمكن مما يعمله وهو ذو إسهام إيجابي في بيئته المباشرة" طفل محب للبقاء.**

(٢) هـل يتماثل الصمود أم يتداخل جزئيًا، أم يتعامد مع مفاهيم أخرى تبدو مكافئة له وظيفيًا ؟ توصلت الكثير من الدراسات إلى التكافؤ الوظيفي بين

الصمود وغيره من المفاهيم، مثلاً هناك الكثير من المفاهيم ترتبط بعدم الاستهداف للخطر مثل، الصلابة، والتكيفية والتوافق، والتمكن، والمرونة، والتناسب بين الفرد والبيئة الاجتماعية، وهكذا كان الصمود المقابل الإيجابي للاستهداف للخطر (١٦). كما ارتبط بالسلام وكلاهما يشير إلى التوافق في مواجهة المحن (١٥).

(٣) **هل الصمود عكس[1] اللاصمود أو عكس الاستهداف للخطر؟** في الحالة الأولى مفادها أن الافتقار للصمود لا يعني الاستهداف للخطر، وذلك حين لا يعايش الفرد نتائج سلبية ومع ذلك فهو معرض لتأثيرات سلبية إذا تعرض لمحنة. وفي الحالة الثانية فإن غياب الصمود يرتبط بالاستهداف للخطر أو المحن. وهكذا ينظر للصمود، والاستهداف للخطر باعتبارهما قطبين على متغير متصل بعكس التعرض لنتائج سلبية أو نتائج حميدة عند المرور بظروف تحمل مخاطر شديدة (٢) يعتبر صمود الأنا[2] قطب في متصل في طرفه الآخر (٤) سرعة الانكسار والهشاشة الذاتية[3]

> **حين تم تحليل صمود الأنا إلى أبعاد ثنائية القطب كان على أحد قطبي البعد التكيفية وسعة الحيلة للظروف المتغيرة والطوارئ في البيئة، وجودة التواؤم بين المطالب الموقفية والطوارئ في البيئة والاستخدام المرن للمخزون المتاح من استراتيجيات حل المشكلات والذي يتضمن المجالات الاجتماعية والشخصية والمعرفية، والقطب الآخر وهو عكس الصمود الأنا (١) وهو الهشاشة الذاتية أو انكسار الأنا٢ ويترتب عليه مرونة توافقية محدودة، والعجز عن الاستجابة للمتطلبات الدينامية في الموقف، والميل إلى إصدار استجابة ثابتة أو التخبط عند مواجهة مواقف متغيرة أو عند مواجهة ضغوط، وصعوبة استعادة التوازن بعد الخبرات الصادمة.**

---

(1) Non resilience.

(2) Ego resilience.

(3) Ego brittleness

ما يعرف القطب السلبي أحيانا بأنه عدم الصمود وليس الاستهداف وفيما يلي تعريف (٢٣)

يعرف الصمود بغياب التشخيص المرضي أو الوجود في المنطقة البينية التي تقترب من محكات التشخيص المرضي، أما عدم وجود أو غياب الصمود أو اللاصمود فيعني تشخيصا مرضيا خطرا قويا مع وجود مشكلات مستمرة على مدى الزمن.

سواء كانت النتائج الإيجابية والسلبية تمثل قطبين متضادين أو تمثل طبيعة المدى بين القطبين المتضادين، فليس لكل حالة مرغوبة بالضرورة حالة مضادة غير مرغوبة. فوجود حالة غير مرغوبة كالمرض تعني غياب حالة مرغوبة وهي الصحة، ولكن غياب الحالة غير المرغوبة لا يعني بالضرورة وجود حالة مرغوبة، فالإنسان قد لا يعاني من كراهية الذات، ولكن أيضًا لا يتمتع بقبول كامل للذات وقد يكون الفرد لا يعاني من أعراض وفي نفس الوقت لم يحقق إمكاناته الصحية.

في دراسة عن التوافق لأزمات الحياة، يعتبر الباحثون أن النتائج الجيدة هي في غياب الأعراض الجسمية والنفسية، ولا يضعون في اعتبارهم احتمالا توافقا جديدا أو توافقا أفضل يعكس النمو الشخصي وليس العودة إلى ما كان عليه (٢٩).

إن أسلوب حل هذه القضايا له تداعيات مهمة في تعريف الصمود وغيره من مكونات منظومته.

"إذا اعتبرنا أن العوامل الإيجابية التي ترتبط بتخفيض الخطر والاستهداف للخطر تؤدي إلى المستوى الأمثل للنمو(١)، وبالتالي تعتبر مكسبا وفائدة لنمو الطفل، أم أن نعتبر أن هذه العوامل تسهم فقط في تحقيق النمو المناسب(٢) وبالتالي تعتبر عوامل حامية؟ هناك رؤية ترى أن

(1) Optimal development.

(2) Adequate development.

التأثير الإيجابي المحتمل للعوامل الإيجابية والسلبية قد يؤثر في النمو باعتباره بعد متصلا من المستوى الأدائي الضعيف إلى المستوى القوي. والاحتمال الآخر أن العوامل الإيجابية والسلبية تؤثر في الكائن وهذا التأثير يقع على متصل من الأداء الضعيف إلى الأداء المناسب ولكن لا يؤثر على الأداء الأمثل"(٩).

(٤) هل يعرف الصمود من خلال طبيعة النتائج المترتبة على الاستجابة للضغوط أم من خلال العوامل التي تتفاعل مع الضغوط من أجل التوصل للنتائج؟ هل الصمود يتمثل في النتائج الجيدة والنتائج السيئة التي يحققها الأفراد المعرضون للمخاطر، أم الصفات التي يمتلكها الأفراد والتي تمكنهم من تحقيق نتائج جيدة؟ هل الصمود ظاهرة تعدل من تأثير الخطر لتحقيق نتائج طيبة؟ أم أنه يتمثل في حقيقة التوصل لنتائج حميدة في مواجهة المحن، في الحالة الأخيرة يعرف الصمود من خلال وجود نتائج حميدة وغياب نتائج سيئة، وفي الحالة الأولى يعرف من خلال الخصائص التي تعدل من تأثير عوامل الخطر على النتائج الحميدة.

غالبًا ما يعرف الصمود باعتباره العملية أو الحقيقة الخاصة بتحقيق نتائج إيجابية عند مواجهة خطر أو محنة. كما يشير إلى حقيقة المحافظة على الأداء التوافقي على الرغم من التعرض للمخاطر (٢٨) ويتسق مع هذا التعريف ما قدمه لوسبل: (١٦) "اهتمامنا الرئيسي بالمراهقين الصامدين الذين يحافظون على صحتهم النفسية على الرغم من تعرضهم المتكرر لأحداث وظروف ضاغطة في الحياة.

يمكن أن يعتبر الأشخاص مستهدفين للنتائج السلبية أو لغياب النتائج الإيجابية لأنهم في خطر. الأشخاص المستهدفون للخطر هم من ينتهي أمرهم إلى نتائج سيئة في حين أن غير المستهدفين للخطر هم من ينتهي أمرهم إلى نتائج جيدة (٣٢)، ولكي نعبر عن ذلك إجرائيًا نضرب مثلاً بالأطفال الذين نشأوا في بيئة مضطربة لآباء مرضى نفسيين، هؤلاء الأطفال نعتبرهم ذوي صمود نفسي أو غير مستهدفين للخطر إذا لم يقعوا فريسة لاضطراب نفسي، وإذا كانت علاقاتهم بأقرانهم وبالراشدين في المدرسة والجيرة علاقة ودية وسوية، ولديهم مفهوم إيجابي عن ذاتهم وكان أداؤهم المدرسي جيداً (٢٤) (١٩). إن الصمود يرتبط بما يحققه الفرد من كفاءة وفاعلية في

بيئته، وقدرته على المحافظة على هذه الفاعلية، وكذلك قدرته على استعادة هذه الكفاءة والفاعلية إذا ما تعرض للمحن.

الصمود بالإضافة لتعريفه باعتباره تحقيق نتائج حميدة أو غير مرضية في مواجهة ضغوط الحياة، يمكن اعتباره بناء[1] عاما يعكس خصائص وميكانيزمات معينة يمكن من خلالها أن تعمل هذه الخصائص، لتكون وسيطًا معدلاً للعلاقة بين عوامل الخطر، ومتغيرات النتيجة، المفهوم الذي نراه مكافئًا وظيفيًا للصمود هو الصلابة[2].

إن ما يترتب على اعتبار أن الصمود يعكس خصائص في الفرد أو في البيئة ويؤثر على النواتج الإيجابية وهذا ما تشير إليه الفقرة التالية (٧).

> "خلاصة القول إن أبناء المرضى العقليين القادرين على مواجهة هذه المحنة حيث لا تتاح لهم علاقة آمنة ومستقرة بمن يرعاهم، هؤلاء الأطفال لديهم بالفطرة قوة الأنا وقدرات إبداعية وجاذبية شخصية خاصة، هذه السمات تمكنهم من التوصل لمن يقدم لهم المساندة. أخيراً هؤلاء الأطفال غالبًا ذوى ذكاء فوق المتوسط وينتمون لأسر من طبقة اجتماعية فوق المتوسط ، هذه الصفات تتيح للأطفال بناء مهارات اجتماعية أكثر وتمكن في الأداء".

كثيراً ما نجد صعوبة في تحديد ما إذا كان الصمود هو النتائج الجيدة أم هو خصائص مؤثرة وقوية. لاشك أن النتائج في سياق ما يمكن اعتبارها مؤثرات في النتائج في سياق آخر (٣٠).

> "يمكن النظر للمؤشرات نفسها باعتبارها علامة على حسن التوافق أو باعتبارها عوامل حامية أو تعويضية، في كلا الحالتين يمكن التنبؤ من هذه العوامل بالنتائج الإيجابية".

(1) Construct.

(2) Hardiness.

(٥) **ما العلاقة بين الصمود ومعايشة خبرات المشقة في الحياة؟** هل نعتبر شخصًا ما صامداً لأنه يستعيد توازنه بعد المحنة؟ الإجابة بالإيجاب توحي بأن الفرد لا يكون صامداً إلا بعد تعرضه لمحنة، لابد أن يعاني الإنسان قبل تهدأ نتائج المعاناة، وعلى أية حال فيمكننا أن نؤكد أن من يتصفون بالصمود هم من لديهم القدرة على التعافي من المحن حتى لو لم يكونوا قد مروا بمحنة بعد، ولكن إذا مروا بخبرات سلبية فالأرجح أن يتعافوا منها، ولاشك أن خبرة الخطر ذاتها يمكن استشرافها من خلال الخصائص التي تجعل الفرد أو المنظومة تتصف بالصمود.

أثار الكثير من الباحثين والمعالجين قضية أن ينسحب مفهوم الصمود ليشمل ذوى الأداء الجيد/ الذين لا يتعرضون للخطر(٢٦)، ومثال لذلك ما يلي.

> الباحثون الذين درسوا أبناء المرض العقليين وبحثوا عن العوامل الحامية وتوصلوا للأبناء ذوى الأداء الجيد ، وهم الأطفال الذين يتصفون بالصمود وكانت العوامل الشخصية والبيئية التي تميز هؤلاء الأطفال هي العوامل الحامية الواقية. أما أطفال الآباء الذين لا يعانون من أي أمراض والذين يواجهون الحياة بصورة جيدة فلا ينطبق عليهم وصف الصمود، ولا تعتبر العوامل الشخصية والبيئة التي تميزهم عوامل واقية (حامية)، لماذا تعتبر هذه المفاهيم ضرورية لتفسير الأداء الجيد لأبناء الآباء المرضى؟

تشير(٢) إلى أن قضية الصمود أو الاستهداف الممكن إلى الاستهداف الكاذب وهم المستهدفون الذين ينعمون ببيئة شديدة الحماية خاصة فيما يتعلق بالأم، وبالتالي لم يواجهوا تحديات وهم مزدهرون ويظلوا كذلك إلى أن تفشل البيئة في حمايتهم بسبب ما فيفشلوا معها.

(٦) إذا كان الصمود يعرف من خلال علاقته بالخبرات الحياتية الضاغطة التي سبق التعرض لها، فالسؤال الذي يطرح نفسه هو **هل ينعكس الصمود في القدرة على استعادة القوة بعد المحن أم أن المحن هي سبب الصمود؟** في الحالة الأولى فإن الصمود يظهر في قدرة الفرد على القيام بوظائفه بكفاءة بعد المحنة. فالمحنة تحدث

خللاً في قدرة الفرد على القيام بوظائفه ولكنه يستعيدها (القدرة) فيما بعد. في الحالة الثانية تتحدى المحنة الفرد فيجد قوة لم يسبق له أن اكتشفها في نفسه. وهنا يكون الفرد أفضل حالاً بسبب المحنة بالمقارنة بحالته قبل حدوثها.

"يمكن النظر لأزمات الحياة باعتبارها مواجهة بناءة تفجر النمو فيمكن أن يتحقق النمو الشخصي من خلال الخلل الذي تحدثه الأزمات وما يتبع ذلك من إعادة تنظيم الذات، حدوث الضغوط أمر طبيعي بل له دور إيجابي في الحياة، ينمو الصمود من مواجهة الخبرات الضاغطة بكفاءة. إن عملية مواجهة هذه الخبرات يمكن أن تحسن الجوانب المعرفية، والثقة بالنفس والتوجه الأكثر نضجًا نحو الحياة. الفرد الذي يعايش الألم أو الفقد قد ينمو لديه فهم وتعاطف أعمق نحو الآخرين ممن يعانون من مشكلات مشابهة. إن التعرض لمواقف أزمات متجددة قد يوسع رؤية الفرد وينمي لديه مهارات اجتماعية أكبر ويؤدي إلى قوى شخصية واجتماعية لم ينتبه لوجودها من قبل (٢٩).

(٧) من منطلق تعريف الصمود باعتباره نتائج، **فهل نعرف الصمود من خلال محكات عامة أم من خلال نتائج مقبولة في سياق محدد وخاص؟** يعرف الصمود غالبًا في مفاهيم عامة من استشراف النتائج النمائية السيئة في مواجهة خصائص الفرد وبيئته والتي قد تؤدي إلى التنبؤ بالنتائج النمائية السيئة. إن الاختلاف في طبيعة النتائج النمائية المرغوبة أو غير المرغوبة قد أدى إلى تعريفات متنوعة للصمود.

قد يظهر شخص ما صموداً تبعًا لمحك ما ولكن ليس تبعهًا لمحك آخر. مثال في تعريف الصمود باعتباره مواجهة توافقية.(٣٥) ومن خلال هذا التعريف قام الباحثون باختبار نموذج للخطر و الصمود لدراسة طرائق المواجهة وكفاءة النتائج كما يقيسها الأداء الأكاديمي، وتقدير الذات الأكاديمي. من الممكن اعتبار هؤلاء الأفراد صامدين على أساس هذين المحكين، ولكن ليس باستخدام محكات أخرى مثل العلاقات بالأسرة أو الأقران، اختلاف الأفراد في التوافق تبعًا للمجال الذي نختاره محكا للتقدير حقيقة ثابتة وهذه الحقيقية لها مترتباتها في تعريف الصمود(١٧).

تشـــير الشـــواهـــد الراهـنة إلى أن فكرة الصمود العام هي مسألة خاصة باستخدام المفهوم. في البحوث المستقبلية قد يكون تناول الصمود بصورة أكثر تخصيصًا أكثر فائدة فتقول مثلاً الصمود الأكاديمي، أو الاجتماعي أو الوجداني وهذا تبعًا للمجالات التي يتعرض فيها الأفراد للخطر.

وحتى في نفس المجال فإن الحكم على الصمود يتنوع بتنوع طريقة قياس النتائج.

فعلى حين قد يبدو طفلا ما أنه ذو توافق إيجابي في مجال الدراسة إذا كانت مقاييس النتائج تركز على القدرات المعرفية. قد يظهر هذا الطفل نفسه اضطرابًا في العلاقات الاجتماعية، ما لم تقاس جوانب متعددة من جوانب النمو فسوف يكون تصورنا مقصورًا وجزئيًا عن الصمود (٥).

وأكثر من ذلك، فإن تعريف النتائج يتم في صورة أحكام معيارية تعسفية حول الاستجابات النفسية الداخلية والسلوكية المناسبة، مع الأخذ في الاعتبار الثقافة والظروف البيئية، ومرحلة النمو، وهذا قصور أساسي في استخدام المفهوم، حيث إن الأحكام المعيارية متغيرة دائمًا وفيما يلي مثال لذلك (٢).

طرحت مجموعة تمثل المنظمات المجتمعية الإسبانية السؤال الآتي: إذا كان دخل الأسر من الأصول الإسبانية منخفضًا، وكانت هناك حاجة شديدة لموارد إضافية لتسد الاحتياجات اليومية، وإذا كان الفقر يهدد أيديولوجية المجتمع التي تؤكد العلاقات الوثيقة بالأسرة، في هذا السياق، لماذا لا نتوقع أن يترك الشباب المدرسة ويتجهون إلى العمل الذي يكفل لهم دخلاً يساعد الأسرة؟ كيف نميز في هذا المثال بين النجاح الأكاديمي باعتباره مظهرًا للصمود وبين ترك الدراسة باعتباره مظهرًا للصمود أيضًا؟

(٨) إذا كان الصمود يعرف باعتباره عوامل واقية، **فأي العوامل الواقية العامة أو الخاصة تتكافأ مع الصمود؟** حين يعرف الاستهداف على أساس العوامل الواقية أو ظاهرة مرتبطة بها تسمح بالاقتراب من النتائج المرغوبة فإننا نلاحظ قدرًا كبيرًا من التنوع في التعريفات، هذا التنوع في التعريفات يرجع إلى تنوع في أسباب الصمود تبعًا لأسباب التنوع في النتائج.

وحيث إن عوامل معينة قد لا تتسبب في نتائج واحدة مقابل نتائج أخرى، فإن العوامل التي خففت من تأثير الضغوط على نتيجة معينة نتوقع أن تختلف عن عوامل تخفف آثار الضغوط على نتيجة أخرى، ويترتب على ذلك "الاختلافات عبر المجالات المتنوعة أو المتعددة للتوافق لابد أن تقاس بعناية شديدة، وتتم مناقشة الصمود من خلال المجالات المحددة للتوافق الناجح والتوافق الأقل نجاحًا (١٧).

(٩) حيث يعرف الصمود باعتباره النتائج أو الاستجابة الحميدة للمحن أو الضغوط أو عوامل الخطر، **فكيف نحدد طبيعة العوامل التي تضع فردًا ما أو نظامًا ما في خطر ؟** لقد وجه النقد لتعريفات الصمود التي تشير إلى عوامل الخطر، فلا توجد محكات محددة يمكن أن نستخدمها لنحدد أن عاملاً ما يعتبر عاملا خطرا. وبالتالي لا توجد محكات واضحة يمكن أن نستخدمها لنحدد أن سلوكًا ما أو نتيجة ما يمكن تعريفها بأنها صمود. فالحكم دائمًا يعقب الحقيقة وينبني على إسناد صفة الخطر لعوامل معينة (٣٣).

> "لا يوجد لدينا حاليًا محكات يمكن على أساسها أن نحدد أن متغيرا ما يعتبر عاملا خطرا، أو عاملا وقائيا، أو مجرد مقياس يرتبط بنتيجة معينة". قد يبدو أن قضية تعريف الخطر قضية محدودة القيمة، إلا أن ما يحدد الاستهداف أو عدم الاستهداف يعتمد على تحديد الخطر. ويشكل هذا الموقف إشكالية منطقية، فقد نفترض أن أي عامل يبدو أنه يؤثر سلبًا على الطفل يعتبر عاملا خطرا، ولكن هنا لن تتمكن من إيجاد مجموعة من المقاييس التي تميز المستهدفين من غير المستهدفين وبصورة متسقة، حيث إننا سوف نعتبر أن أي شيء يميز بين الأطفال ذوى النتائج الإيجابية وبين ذوى النتائج السلبية عاملا خطرا.

وقد لوحظت (٥) صعوبة التمييز بين العوامل التي تضع الفرد في خطر فعلاً، والعوامل التي تميز بين النتائج الإيجابية والنتائج السلبية ولكن ليس لها دلالة سببية. إن عوامل الخطر عادة ما توضع في صيغة علامات

للمتغيرات[1] وليس بناءات تحتية[2]. وعليه فإن الافتراض الخاص بالتعرض لخطر قد يكون خاطئا، فقد يكون الفرد معرضاً لمتغير باعتباره علامة، ولكن ليس لبناء تحتي يعبر عن وجوده بالعلامة للمتغيرات وهكذا فقد نعتبر شخصاً ما صامداً، حتى وإن لم يكن قد تعرض لموقف نعتبره ضاغطاً.

خاتمـــة:

من الواضح أن الصمود له معان تختلف باختلاف الأفراد، وكثير منها غامض ومتناقض، ويبدو عدم التحديد في قضايا عديدة تمت مناقشة بعضها، هذه القضايا من الكثرة بحيث يأس كثير من الباحثين والمعالجين من قدرتهم على حلها، والتوصل لتعريف يتفقون عليه ويتفقون على استخدامه.

قد تعتبر هذه القضايا حواجز يصعب اجتيازها، لقد حل الباحثون والإكلينكيون هذه القضايا واحدة تلو أخرى بقبول بديل آخر، وعلى الأقل فقد تم تعريف المفهوم وكيف يمكن استخدامه بدقة. قد يسعد القارئ حين يدرك أن المفهوم له معنى دقيق وأن استخدامه أصبح ميسراً، قد يحظى تعريف ما بالاستخدام لفترة ما، ونأمل أن يحظى بالاتفاق حوله رغم أن هذا بعيد المنال على ضوء القضايا التي يجب التوصل لحل لها.

نعتبر أن الصمود مفهوم مفيد لأنه يثير هذا الكم من القضايا المفاهيمية والنظرية. فهو يثير الكثير من القضايا العقلية الثرية الخاصة بالعمليات المرتبطة بالصمود والخاصة بالتفاعل الداخلي للفرد أو في علاقته بغيره مما أضاف لفهم الاستجابات التوافقية المنظومية بكل تشعباتها، ومن أجل هذه الوظيفة اكتسب الصمود وجوده، فإذا لم تتحقق هذه الوظيفة بسبب كثرة المتناقضات والغموض الكامن في المفهوم فلابد من تجاوز المفهوم واستخلاص ما يأتي:

(1) Marker Variables

(2) Undelying Constructs

"إذا كان مفهوم الصمود النفسي قد جسد لنا الحاجة لفهم التأثيرات المتبادلة للنتائج الإيجابية، والظروف الشرطية لهذه التأثيرات، وحقيقة أن المتغيرات القريبة والشرطية لها أسبابها، فقد قام مفهوم الصمود النفسي بوظيفة مهمة، كما أنه نبهنا إلى حقيقة قصور فهمنا للنتائج الإيجابية المرغوبة، كما نبهنا إلى أن الأشخاص الذين كان يجب أن يواجهوا نتائج سلبية (قياسًا على المنطق)، في الواقع لم يمروا بهذه النتائج. وأن الأشخاص الذين كان يجب أن يمروا بنتائج إيجابية، على أساس خصائصهم الشخصية والبيئية لم يمروا بها فعلاً. وحيث تنبهنا إلى هذه الظواهر، فقد حقق المفهوم المطلوب منه وقد يكون عليه أن يتراجع ويختفي من المجال بشرف، وبدلاً من هذا المفهوم علينا أن نعيد توجيه تفكيرنا من أجل التوصل لبناء نظري يأخذ في اعتباره العوامل الشخصية والبيئية والموقفية التي تؤثر بعضها في بعض وتتعامل بعضها مع بعض لتؤثر في متغيرات أخرى بطرائق مختلفة في مراحل مختلفة من دورة النمو، وحركة تطور البناءات الاجتماعية لتؤثر في النتائج.

شكر

تم هذا العمل بمنحة قدمت للكاتب (Rol DA 02497 and Rol DA 10016)

من المعهد القومي لسوء استخدام المواد المخدرة[1]

(1) Research. Scientist Award

National Institute on Drug Abuse

REFERENCES

1- Adger, W. N. (2000). Social and ecological resilience: Are they related? *Progress in Human Geography, 24*(3), 347–364.

2- Anthony, E. J. (1987). Risk, vulnerability and resilience: An overview. In E. J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 3–48). New York: Guilford.

3- Bartelt, D. W. (1994). On resilience: Questions of validity. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 97–108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

4- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations* (pp. 39–101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

5- Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology, 5*, 497–502.

6- Clauss-Ehlers, C. S., & Levi, L. L. (2002). Violence and community, terms in conflict: An ecological approach to resilience. *Journal of Social Distress & the Homeless, 11*(4), 265–278.

7- Cohler, B. J. (1987). Adversity, resilience, and the study of lives. In E. J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 363–424). New York: Guilford.

8- Conger, R. D., Rueter, M. A., & Elder Jr., G. H. (1999). Couple resilience to economic pressure. *Journal of Personality & Social Psychology, 76*(1), 54–71.

9- Greenbaum, C. W., & Auerbach, J. G. (1992). The conceptualization of risk, vulnerability, and resilience in psychological development. In C. W. Greenbaum & J. G. Auerbach (Eds.), *Longitudinal studies of children at psychological risk: Cross-national perspectives* (pp. 9–28). Norwood, NJ: Ablex.

10- Haan, L. D., Hawley, D. R., & Deal, J. E. (2002). Operationalizing family resilience: A methodological strategy. *American Journal of Family Therapy, 30*(4), 275–291.

11- Hernandez, P. (2002). Resilience in families and communities: Latin American contributions from the psychology of liberation. *Family Journal—Counseling and Therapy for Couples and Families, 10*(3), 334–343.

12- Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(2), 137–152.

13- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development* (pp. 17–83). New York: Kluwer Academic/Plenum.

14- Liddle, H. A. (1994). Contextualizing resiliency. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 167–177). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

15- Lindström, B. (2001). The meaning of resilience. *International Journal of Adolescent Medicine and Health. Special Issue: Resilience and Adolescence: A Tribute to Emanuel Chigier, 13*(1), 7–12.

16- Lösel, F., Bliesener, T., & Köferl, P. (1989). On the concept of invulnerability: Evaluation and first results of the Bielefeld project. In M. Brambring, F. Lösel, & H. Skowronek (Eds.), *Children at risk: Assessment, longitudinal research, and intervention* (pp. 186–219). New York: Walter de Gruyter.

17- Luthar, S. S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 441–453.

18- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543–562.

19- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 3–25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

20- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence, 26*(1), 1–11.

21- Oswald, R. F. (2002). Resilience within the family networks of lesbians and gay men: Intentionality and redefinition. *Journal of Marriage and the Family, 64*(2), 374–383.

22- Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology. Special Issue: A Second Generation of Resilience Research, 58*(3), 233–246.

23- Radke-Yarrow, M., & Brown, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Development and Psychopathology, 5*, 581–592.

24- Radke-Yarrow, M., & Sherman, T. (1990). Hard growing: Children who survive. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 97–119). New York: Cambridge University Press.

25- Rauh, H. (1989). The meaning of risk and protective factors in infancy. *European Journal of Psychology of Education, 4*(2), 161–173.

26- Richters, J., & Weintraub, S. (1990). Beyond diathesis: Toward an understanding of high-risk environments. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 67–96). New York: Cambridge University Press.

27- Rigsby, L. C. (1994). The Americanization of resilience: Deconstructing research practice. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 85–92). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

28- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). New York: Cambridge University Press.

29- Schaefer, J. A., & Moos, R. A. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 149–170). Westport, CT: Praeger.

30- Schuldberg, D. (1993). Personal resourcefulness: Positive aspects of functioning in high-risk research. *Psychiatry, 56*, 137–152.

31- Schwartz, J. P. (2002). Family resilience and pragmatic parent education. *Journal of Individual Psychology, 58*(3), 250–262.

32- Seccombe, K. (2002). "Beating the odds" versus "Changing the odds": Poverty, resilience, and family policy. *Journal of Marriage and the Family, 64*(2), 384–394.

33- Seifer, R., & Sameroff, A. J. (1987). Multiple determinants of risk and invulnerability. In E. J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 51–69). New York: Guilford.

34- Sorenson, L. G., Forbes, P. W., Bernstein, J. H., Weiler, M. D., Mitchell, W. M., & Waber, D. P. (2003). Psychosocial adjustment over a two-year period in children referred for learning problems: Risk, resilience, and adaptation. *Learning Disabilites Research & Practice, 18*(1), 10–24.

35- Spencer, M. B., Cole, S. P., Dupree, D., Glymph, A., & Pierre, P. (1993). Self-efficacy among urban African American early adolescents: Exploring issues of risk, vulnerability, and resilience. *Development and Psychopathology, 5*, 719–739.

36- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 51*(2), 130–137.

الفصل الرابع

الصمود النفسي في التفاعل المتبادل بين الجينات والبيئة

كيربى ديتر – ديكارد ،
ليذا أيڤى ، جيسيكا سميث

لا يولد الأطفال ولديهم صمود نفسي أو ليس لديهم صمود نفسي ، ولا يبنى الصمود النفسي من الخبرات التي يمرون بها فقط، ولكن العوامل الوراثية والبيئية تعمل عوامل حماية في مواجهة عوامل الخطر التي تهدد النمو السليم بدءًا من مقاومة الإصابة بالأمراض الفيروسية والبكتيرية إلى مقاومة سوء المعاملة والإهمال. إن الرؤية القديمة بأن هناك علاقة تنافسية بين دور الوراثة والبيئة قد حلت محلها الرؤية الخاصة بتكامل دور الوراثة ودور البيئة في تحقيق النمو. ولم يعد السؤال المطروح ما الدور النسبي لكلا القوتين وإنما أصبح: كيف تتكامل القوتان من أجل أطفال وراشدين صامدين.

يعرف الصمود النفسي في الطفولة على أنه النمو السوي في مواجهة الظروف الصعبة التي عادة ما تدفع إلى الاضطراب والنتائج السلبية. إن خطر الوقوع في المشكلات العقلية والجسمية البسيطة أو الشديدة أمر واقع بالنسبة لقطاع من البشر، فكل طفل يواجه صعوبة ما في وقت ما في مجال ما من مجالات الحياة، وكثيرون من يواجهون مشكلات ومنغصات مزمنة كسوء المعاملة أو الفقر أو المرض. ومع ذلك فحتى بالنسبة لجمهور الأطفال الذين يمرون بمخاطر قوية تنبئ بمشكلات سلوكية ووجدانية نجد تفاوتًا في نتائج هذه المخاطر. فالبعض سوف يستسلم لتقلبات أحداث الحياة

والبعض سوف يزدهر على الرغم منها. وأكثر من هذا فكثير من الأطفال والراشدين يستفيدون من الخبرات الضاغطة التي تعرضوا لها في طفولتهم. إن التواؤم للظروف الصعبة أو الموارد الشخصية المحدودة ينمى الصمود حيث يصبح الطفل أكثر قدرة على مواجهة الضغوط لأنه اكتسب استراتيجيات أكثر عدداً وأكثر تنوعًا للمواجهة (٢٤) (٥٠) (٥٧).

هدفنا هنا أن نلقي الضوء على بعض مجالات البحث التي تكشف عن التكامل بين الوراثة والبيئية، وليس استعراض الشواهد التي تتناول تأثير الوراثة أو البيئة على الفروق الفردية بين الأطفال. سوف نبدأ بتناول العديد من مظاهر التفرد ذات الأهمية لبناء الصمود في مرحلة الطفولة مع التأكيد على المزاج والمهارات المعرفية، والمعرفة الاجتماعية. ثم تتناول العلاقات التفاعلية التي تصل بين الفرد والبيئة التي تبنى الصمود مع التأكيد على العلاقات الاجتماعية الدافئة الداعمة (الآباء، الأقران).

الوراثة والبيئة:

يشترك البشر في البناء الجيني ويعيشون في بيئات بينها جوانب تشابه بنائية كثيرة. من النتائج المهمة التي توصل لها علماء النمو أن التنوع بين البشر ينشأ ليس لوجود أو غياب الجينات أو البيئات، وإنما لوجود أشكال (صور) من الجينات والبيئات ذات تمايز وظيفي. لقد استخدمت تكنيكات متنوعة لتقدير أثر هذه الصور[١] المتمايزة على الفروق الفردية على أساس النماذج البيولوجية الكمية الجزيئية(٤٦)[٢].

تتيح تكنيكات علم **الوراثة الجزيئية** جمع وحفظ وتحليل DNA للباحثين وفحص مناطق معينة في الكروموسومات أو جينات معينة وما يرتبط بها من تنوعات بين البشر في الخصائص، وقد استطاع العلماء باستخدام هذا المنحى تحديد الجينات المرتبطة

(1) Molecular Genetic.

(2) Quantitave Genetic.

بالخصائص العامة المركبة، ولكن هذا المنحى لا يسمح بمزيد من التحديد أو التخصيص. **تكنكيات الجزيئات الكمية** لا تتطلب تحليل DNA وإنما تعتمد على نماذج رياضية مبنية على جينات جماعة ما لتحديد القوة النسبية لإسهام الوراثة والبيئة فيما بين الأفراد من فروق. وهي مبنية على بيانات مستمدة من بحوث شبه تجريبية أجريت على توائم متطابقة وغير متطابقة. وإخوة بالتبني وبغير التبني، وآباء بيولوجيين، وآباء بالتبني، وأفراد عائلات فيها زوج الأم، أو زوجة الأب. فإذا أمكن التنبؤ بالتشابه في صفة ما على أساس التشابه الجيني فهذا يعني أن هذه الصفة مورثة، وإذا ظل التشابه قائمًا بين أفراد الأسرة على الرغم من استبعاد أثر المورثات، فهذا يعني تأثير **البيئة المشتركة**[١] ونقصد بالبيئة المشتركة التأثيرات غير الجينية التي تؤدي إلى وجود التشابه في الأسرة. أما تباين **البيئة غير المشتركة**[٢] فهو ما يتبقى - التأثير غير الجيني الذي يفسر الاختلاف بين أفراد الأسرة (٥٦) إن جميع البحوث التي تناولت قضية الوراثة في نمو الأطفال وما يحققونه من نتائج استخدمت النموذج الكمي، وإن كان هذا المنحى سوف يتغير وبسرعة مع استخدام تكنيكيات الوراثة الجزيئية الأكثر اقتصادًا وأكثر شمولاً (٤٨).

الفروق الفردية و الصمود النفسى:

إن عدد الجينات التي تدخل في التفاعل المتبادل المركب بين الجينات والبيئة في النمو والتي تم تحديدها عدد قليل، على الرغم مما تحقق من تقدم في هذا الشأن. هناك بحوث جينية[٣] كمية (تصميمات تجريبية تستخدم توائم، تبني) تقدم أساسًا لفحص التفاعل بين الجينات والبيئة، ومثال لذلك سوف نقدم نتائج من بحوث تناولت العوامل المزاجية والمعرفية، وكليهما له تأثير قوي باعتبارهما عاملين واقيين في النمو.

(1) Shared Environment.

(2) Unshared Environment.

(3) Quantitative Genetic.

المزاج والشخصية:

يتناول المزاج خصائص الفرد التي يمكن أن نعرفها بأنها على درجة من الثبات عبر المواقف وعبر الزمن، وتتأثر بالبناء البيولوجي وتلاحظ منذ الطفولة المبكرة. وتنشأ الفروق بين الأفراد في المزاج نتيجة للتفاعل المتبادل بين تأثير الوراثة والبيئة، وتقوم ميكانيزمات المخ وسيطا وتعدلها الخبرة والعوامل الموقفية وتتغير مع النمو (٥٠) (٥٥). ويشكل المزاج أساس أبعاد الشخصية (مثل العصابية[1] التناغم (اللطف)[2] الضمير[3] ويتباين فيها المكون الوراثي والبيئي بصورة مماثلة للتباين في المزاج ومماثلة أيضًا لنمو الصمود (١٣) (٣٣) (٥٤) .

إن نظرية (٥٥) روثبرت في المزاج لها فائدة خاصة باعتبارها إطارا تنظيميا لفهم الارتباط بين الفروق الفردية والصمود والتفاعل بين الوراثة والبيئة وهناك نظريات أخرى (٨) (٦٢) ذات قيمة في هذا المجال.

وتبعًا لهذه النظرية فإن هناك أبعادا متعددة للمزاج، تمثل الاستجابات للمنبهات وتنظيم هذه الاستجابات، البعد الأول **الانبساط[4] التدفق** وهو السعي نحو الاستثارة ومستوى النشاط والانفعال الإيجابي وتراجع الخجل، والاستمتاع بتوقعات المستقبل، يشير **مستوى النشاط**[5]، إلى كم وإيقاع الحركة الفيزيقية، ويرجع ما بين ثلث إلى ثلاثة أرباع التباين في مستوى النشاط إلى عوامل جينية ويعزى باقي التباين إلى البيئة غير المشتركة وأخطاء القياس (٦) (٢٢) (٤٣) (٤٧) (٥٩). مستوى النشاط المعتدل هو الأمثل للصمود فإذا كان مستوى النشاط شديد الانخفاض كان الطفل خاملاً ومعرضًا

(1) Neuroticism.

(2) Agreableness.

(3) Conscientiousness.

(4) Extraversion/ surgency

(5) Activity Level.

أن يكون ثقيل الوزن، وإذا كان النشاط شديد الارتفاع كان الطفل كثير الحركة ويصعب التعامل معه. أما التدفق أو الجيشان[1] فيتضمن الوجدان أو الانفعال الإيجابي[2]، الذي يمثل التباين الناتج عن البيئة غير المشتركة والمكون الجيني، (٢٠) الأطفال الذين يعبرون ويخبرون **الوجدان الإيجابي** (السعادة والاهتمام والاستثارة) أقل عرضة للمعاناة نتيجة للتعرض لعوامل الخطر. وقد وجد (٢٩) أن الانفعالية الإيجابية منبئ جيد بالصمود لدى الأطفال من سن ٨-١٠ سنوات وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة أخرى (٣٢) وإن كانت النتيجة في الدراسة الأولى تقتصر على الإناث.

يمثل **الميل الاجتماعي**[3] **والتقرب للآخر**[4] مدى سعي الطفل للتفاعل مع الغير ومدى استمتاعه بالخبرات الجديدة بذلك. وتعتبر الوراثة مسئولة عما يتراوح بين ربع إلى ثلاثة أرباع التباين في هذه الخاصية. وهناك بعض الدراسات يكون التباين الناتج عن مشاركة البيئة المشتركة فيه محدوداً (٢٠) (٤٧) (٦٠). تشير دراسة حديثة إلى أن جين السيروتونين له دور في نمو الخجل(٢)، الأطفال ذوى الاتجاهات الاجتماعية الأعلى لديهم حماية أكبر من الضغوط والمنغصات (٣٠) رغم أنهم أكثر تعرضاً لخطر مواجهة المنازعات الأسرية (٦٣).

تتضمن **الانفعالية أو الوجدانية السلبية**[5] الحزن والغضب والشعور بعدم الراحة وصعوبة تهدئة الذات عند الضيق وتفسر العوامل الجينية ما يتراوح بين ثلث وثلثين التباين في الانفعالية أو الوجدان السلبي (٢٢) (٤٣) (٤٧). إن الأطفال ذوى المعدلات الأقل في الانفعالية أو الوجدان السلبي أقل عرضة لسوء التوافق عند مواجهة ظروف صعبة (٦). مثال وجد أن الانفعالية أو الوجدان السلبي تميز بين الأطفال ذوى الصمود وذوى سوء التوافق ذلك في دراسة أجريت في الأحياء الشعبية.

---

(1) Surgency.

(2) Positive Emotionality.

(3) Sociability.

(4) Approach.

(5) Negative Emotionality.

التحكم أو الضبط بالمجاهدة[1] ويتضمن الاستمتاع بالاستثارة الصادرة عن مثيرات محدودة الشدة أي مثيرات ضعيفة، والحساسية الشديدة للمدركات وتحكم أقوى في الانتباه والاندفاع، الأطفال ذوو المستويات الأعلى في التحكم بالمجاهدة مستوى الانفعالية السلبية لديهم منخفض، وفي هذا إشارة للعلاقة بين التحكم المعرفي والتحكم في الانتباه وتنظيم الانفعالات السلبية (٥٤). إن التحكم بالمجاهدة وما يرتبط به من مترتبات وراثية تسهم فيه مكونات بيئية مشتركة. (٢٢) بالنسبة للتوجه نحو العمل والمثابرة يكون العامل الوراثي متوسط إلى قوى في الطفولة المبكرة والمتوسطة (٦) (٣١) وقد حددت الدراسات الجينية الجزيئية[٢] الدوبامين باعتباره عاملا وظيفيا في تنظيم الانتباه (٢١) إلى جانب التأثير الجيني فإن نسبة من التباين في المثابرة في العمل ترجع إلى تأثير البيئية المشتركة، والتي يمكن التنبؤ بها من المكانة الاجتماعية الاقتصادية للأسرة ودفء العلاقة بالأم (٤٤).

إن التحكم أو الضبط بالمجاهدة مهم بالنسبة للصمود، فالأفراد الأكثر قدرة على تنظيم الإدراك وغيره من العمليات المعرفية أداؤهم المعرفي أفضل (٤٤). وبالإضافة لذلك فإن الأفراد الأكثر قدرة على التحكم في معالجة العمليات المعرفية والإدراكية قد يكونون أفضل في تنظيم انفعالاتهم وسلوكياتهم. وبالتالي يقل احتمال تعرضهم للاضطرابات النفسية التي ترتبط بضعف تنظيم الذات، (٤٩) إن القدرة على المثابرة في العمل عامل وقاية لدى الأطفال المعرضين للخطر (٣٠) (٦٦).

وأخيراً التواؤمية والمرونة[٣] وهي أحد مكونات المزاج وهي قدرة الفرد على التواؤم مع التغيير الحادث في البيئة دون أن يصيبه التشتت أو الكرب. فهو مكون في يسر وسلاسة المزاج، وفي الدراسات التي تصنف الأطفال إلى مجموعات يرتبط بالصمود في نتائج كثير من الدراسات (٢٣) (٣٠) (٣٩) (٦٣). إن التواؤمية والمرونة

(1) Effortful Control.

(2) Dopamine Receptor Gene D4.

(3) Adaptability/ Flexibility.

مثل غيرها من المكونات المزاجية تؤثر فيها الوراثة بدرجة متوسطة إلى قوية مع وجود نسبة من التباين تعزى للبيئة المشتركة (٤٣) (٥٦).

الخلاصة أن التنظيم الذاتي[١] الجيد يساعد الأطفال على مواجهة المواقف الضاغطة بطرائق بناءة، وتساعد المثابرة الطفل على البحث عن استراتيجيات مناسبة، وهي ذات فائدة عظيمة في المواقف الضاغطة، إلا إذا تجاوز الموقف قدرة الفرد على التحكم (وهنا ترتبط المثابرة بمزيد من الإحباط) وتسهم التواؤمية في بناء الصمود حيث تسمح للطفل بالبحث عن موارد خارج المواقف المشكلة. إن الانفعالية الإيجابية تزيد من سعي الطفل للمبادأة لمعالجة الضغوط كما تقوى الاعتقاد في نجاح الجهد الذي يبذل، وأكثر من ذلك أن الأطفال الذين يسهل التعامل معهم (متوائمون، ولديهم تنظيم ذاتي وسعداء) ومن يستمتعون بالتفاعل الاجتماعي أكثر قدرة على جذب انتباه واهتمام الآخرين الذين يمكنهم أن يساعدوهم عند مواجهة مواقف ضاغطة، وهنا تكون لديهم عوامل حماية مزدوجة[٢] أولاً من خصائصهم المزاجية وثانيًا من علاقاتهم الاجتماعية بمن يحيطون بهم ويرعونهم، (٥٠) (٦٠). على عكس الأطفال الذين يثيرون الانزعاج والذين يسهل إحساسهم بالكرب والتوتر لما يحدث في البيئة من تغييرات ويسهل تشتت انتباههم، فهم أقل قدرة على مواجهة الصعاب وأكثر تعرضًا للمعاملة الخشنة الرافضة من الوالدين خاصة إذا كان أحدهما أو كلاهما ممن يعانون من الشعور بالكرب والتوتر (٢٣).

العوامل المعرفية:

تلعب العوامل المعرفية دورًا مهما في الصمود وتقدم لنا الأبحاث في شتى العلوم التي تتناول دراسة النمو أمثلة عن دور الجينات والبيئات معًا في تحقيق الوضع النمائي الأمثل[٣] تحت الظروف الصعبة.

(1) Self- Regulation.

(2) Double Protection.

(3) Optimal development.

إن **القدرة المعرفية**[1] منبئ قوى ومتسق في الصمود في مرحلة الطفولة والمراهقة. فالأطفال الذين لديهم مصادر معلومات واستراتيجات تساعدهم على حل المشكلات ليسوا أكثر استعدادًا للنجاح المدرسي فقط، بل لديهم رصيد كبير من استراتيجيات المواجهة. (٧) (٢٨) (٣٢). إن التباين في الذكاء ومكوناته يرجع إلى درجة متوسطة إلى درجة كبيرة إلى العوامل الجينية وتتسع في تأثيرها مع تقدم النمو، ويكون التباين الخاص بالبيئة المشتركة في مرحلة الطفولة المبكرة له حضور، ولكن يتراجع كلما تقدمنا نحو مرحلة المراهقة، ويصبح التباين البيئي بعد ذلك غير مشترك (٣٥) (٤٦).

على الرغم من أهمية العمليات والمهارات المعرفية، فإن محتوى المعرفة له أهمية كبرى في بناء الصمود وخاصة المعرفة الاجتماعية الخاصة بالذات والتحكم في الأشياء التي قد تهدد أمن أو تكامل الذات. إن **فاعلية الذات**[2] تعني الاعتقاد بالقدرة على تحقيق الأهداف حتى في وجود الإحباطات. وينشأ **تقدير الذات**[3] أو احترام الذات من إحساس الفرد أنه له قيمة لدى الآخرين. كما أن النتائج المتوقعة لها أهمية في هذا الصدد، فالتفاؤل وهو توقع النتائج الإيجابية، أما التشاؤم فهو توقع النتائج السلبية (٣٤). وتتضمن هذه المرجعية المعرفية عن الذات تباينًا متوسطًا يرجع للوراثة والبيئة غير المشتركة مع بعض الدلائل عن التباين الناجم عن البيئة المشتركة في التفاؤل والتشاؤم (٦٨). تشير دراسات التوائم والتبني التي تناولت تقدير الذات لدى الأطفال إلى تقدير التباين الذي يرجع إلى الوراثة ما بين ٣٠٪ - ٦٠٪ وباقي التباين إلى البيئة غير المشتركة (٢٥) (٣٦) (٤٠) (٤١) .

يبدأ نمو مفهوم[4] الذات وتقدير الذات مبكرًا. بعد أن يكتسب الطفل الوعي بما يميزه من خصائص، حيث يبدأ في المقارنة بينه وبين غيره وتصبح هذه المعرفة مكونًا

(1) Cognitive Ability.

(2) Self - Efficacy.

(3) Self - Worth.

(4) Self - Concept.

مهما في كيفية إدراكنا لأنفسنا، وكيفية إدراك الغير لنا. فإذا كنا نعتقد أن لنا قيمة لدى الغير وأننا نتحكم في ظروف حياتنا فنكون أكثر قدرة على تخطيط استراتيجيات المواجهة، وكذلك تقييم وتغيير الاستراتيجيات التي لا يثبت نجاحها (٦٧). وهكذا يعتبر احترام الذات وفعالية الذات عوامل واقية في مواجهة التأثيرات السلبية لعوامل الخطر (٧) (٢٨) (٤٠). بالإضافة إلى أن من يتوقعون النتائج السيئة يصعب عليهم التوافق في الظروف الصعبة. على عكس المتفائلين الذين يستطيعون المحافظة على ما لديهم من موارد ويستطيعون استخدامها عند الحاجة إليها بما يحقق لهم الحماية مما قد يترتب على الموقف من ضغوط أو منغصات (٣).

الخلاصة أن الطفل لديه العديد من المقومات تتضمن ولكن لا تقتصر على المزاج والشخصية والقدرات المعرفية، والمعرفة الاجتماعية عن الذات وكلها تسهم في بناء الصمود، هذه الخصائص تتفاوت من طفل لآخر، وتنشأ نتيجة للتفاعل بين تأثير البيئة والوراثة وتشير هذه الدراسات إلى الأهمية النسبية للبيئة غير المشتركة أي العوامل غير الجينية التي تؤدي إلى الاختلافات بين أفراد الأسرة مقارنة بالبيئة المشتركة (أي العوامل غير الجينية).

رغم أن ما تم عرضه يعد خطوة أولى وضرورية لمصادر التباين[١] في الوراثة والبيئة، فإن ما عرضناه لا يقدم لنا تحديداً شافيًا عن الميكانيزمات التي تربط بين الجينات والبيئة والصمود لدى الأطفال. فهذه الدراسات لا تذكر لنا كيف تؤثر العوامل البيئية الحامية مثل الوالدية الداعمة الدافئة في تفاعلها مع مخاطر جينية وعوامل واقية - وسنتناول فيما يلي بعض هذه التفاعلات بين الجينات والبيئة.

الصمود باعتباره عملية: التأثير المتبادل بين الجينات والبيئة:

هناك العديد من العوامل البيئية التي تسهم في بناء الصمود في الأسرة، والجيرة، والمدرسة وغيرها، ونركز هنا على الوالدية الدافئة الداعمة لأنها منبئ له

(1) Sources of Variance.

اتساقه في دراسات متنوعة وفي مجتمعات متعددة، ولأن الوالدية من أكثر المجالات البيئية التي حظيت بالاهتمام في الدراسات الجينية في نمو الطفل، فالأطفال المعرضون لخطر المشكلات السلوكية والوجدانية تتوفر لهم الحماية ضد هذه النتائج السلبية إذا كان آباؤهم على درجة من الحساسية والاستجابة لمطالبهم والدفء والتقبل والاندماج في حياتهم (١٦)، هؤلاء الأطفال في الأغلب سوف يتكون لديهم اعتقاد أنه يمكنهم أن يثقوا في الآخرين، وأنهم محبوبون ومتقبلون بصرف النظر عن صعوبة الظروف، وهذا الاعتقاد أساس لنمو الفاعلية الذاتية والكفاءة الاجتماعية والحد من تأثير المخاطر على الصحة العقلية (٥٢). هذه العوامل البيئية تعمل في تبادل وتفاعل مع التأثيرات الجينية. وهناك نوعان من التفاعلية التبادلية، التفاعل بين الجينات والبيئة، والارتباط بين الجينات والبيئة.

التفاعل بين الجينات والبيئة:

التفاعل بين الجينات والبيئة (GXE)[١] يكون تأثير الجين أو الجينات على إحداث نتائج معينة مشروطًا أو معدلاً بعامل بيئي أو أكثر، والعكس صحيح، هذا التعريف للتفاعل بين الجينات والبيئة يتفق تمامًا مع التعريفات السائدة في الصمود، وبالتالي فإن الأطفال المعرضين لخطر جيني يؤدي إلى نتائج لا توافقية سوف تظهر لديهم أعراض أقل عددًا أو أقل حدة إذا توفرت لهم عوامل بيئية معينة تخفض أو تستبعد تمامًا التأثير الجيني، وأكثر من هذا فإن الأطفال الذين لديهم مخاطر بيئية تعرضهم للاضطراب سوف يكون لديهم مشكلات أقل في التوافق إذا كان لديهم نظام جيني يقلل أو يستبعد آثار المخاطر البيئية[٢].

(1) Gene-environment interaction (gxe)

(2) Gene - environment interaction (gxe).

لقد قدمت دراسة[1] أمثلة واضحة على الصمود (gxe) باعتبارها الفروق بين الأفراد في جين يدخل في إنتاج (MAOA)[2] قد يتفاعل مع فروق فردية في سوء المعاملة في الطفولة بما ينبئ بالسلوك العدائي المضاد للمجتمع في المستقبل (الرشد) (٩). (MAOA) أنزيم يؤثر في الناقلات العصبية التي تسهم في تنظيم المزاج والسلوك بما في ذلك العدائية. وقد وجد في الدراسة أن الذكور ذوى المعدل الكافي في إنتاج MAOAكان لديهم ارتباط محدود بين سوء المعاملة والسلوك المضاد للمجتمع فيما بعد، على العكس في حالة الذكور ذوى المعدل غير الكافي من إنتاج MAOA، حيث كان تأثير سوء المعاملة على السلوك المضاد للمجتمع أقوى كثيراً.

إن الفروق الفردية في أشكال الجين التي تدخل في إنتاج سيروتونين[3] قد تتفاعل مع أحداث الحياة الضاغطة سواء في وجودها أو تكرارها وبالتالي التنبؤ بالاكتئاب فيما بعد.(١٠) من بين من يتعرضون لأحداث ضاغطة في حياتهم، نجد أن من لديهم نسختان من جين معين أو محدد - جين واحد من الأم والآخر من الأب - يكون احتمال إصابتهم بالاكتئاب أقل مقارنة بمن يفتقرون لنسخة واحدة أو نسختين من هذا الجين، يشير المثالان إلى كيف أن العوامل الجينية يمكن أن تحمي الفرد من المرض النفسي عند مواجهة مخاطر النمو، مثل سوء المعاملة والأحداث الضاغطة، إن تحديد عمليات gxe معينة في الصمود له أهمية كبرى في مجال دراسة الجينات في الدراسات النفسية.

الارتباط بين الجينات والبيئة:

تنشأ الفروق بين الأفراد في الصمود نتيجة للتفاعل بين الجينات والبيئة، ولكن هذه التفاعلات لا تحدث بصورة عشوائية فالعوامل الجينية والبيئية يمكن أن ترتبط

(1) Dunedin (Newzealand) Multidiscip linary Health and Development study (gxe).

(2) Monoamine oxidase A (MAOA).

(3) Serotonin.

(rg-e)[1]، هناك فئتان من الارتباط بين الجينات والبيئة أمكن وصفهما وتحديدهما في الدراسات الجينية الكمية، السلبية وغير السلبية (٤٥) يمكن استخدام النماذج الجينية الكمية لتحديد الارتباط بين البيئة والجينات rg-e حين تدخل المتغيرات التي تمثل العوامل البيئية في النموذج الإحصائي، الذي يقدر مصادر تباين الجينات والبيئة المشتركة، والبيئة غير المشتركة في النتائج موضع الاهتمام.

ينشأ **الارتباط السلبي rg-e**[2] حين يتعرض الطفل لعامل بيئي يوفره أحد الوالدين الطبيعيين والذي يرتبط بالبنية الوراثية[3]، مثال لذلك الارتباط بين المهارات المعرفية والتحصيل، التباين في هذه المهارات ينشأ جزئيًا من التأثير الجيني وفي نفس الوقت، فإن الآباء الذين يقدرون الخبرات التي تتحدى عقولهم ويستمتعون بها يكون احتمال توفيرهم بيئة أكثر إثارة لأطفالهم أكثر مما ينمي الصمود، ويقصد بذلك توفير الكتب والقراءة للأطفال واللعب التي تتحدى الأطفال، (بازل)، الاحتمال الأكبر أن أبناء هؤلاء الآباء لديهم مهارات معرفية أفضل واحتمال نجاحهم المدرسي أفضل. الميكانيزمات التي تربط بين الاستثارة التي تتوفر في المنزل والمهارات المعرفية لدى الطفل غالبًا ما يتم تقديرها أو اختبارها بدراسة مدى الارتباط بين الآباء والأبناء في الأسرة الواحدة، ولأن الآباء يمنحون أبناءهم الجينات فإن البيئة الأسرية الإثرائية تدعم التأثير الجيني النشط وهكذا قد يرجع ما تتصور أنه بيئي إلى الجينات المشتركة بين الآباء والأبناء أيضًا (٤٤).

(1) Gene- Environment Correlation (rg-e).

(2) Passive and non passive.

(3) Gene types.

معـاملات **الارتباط rg-e غير السلبية** تتضمن ميكانيزمان على الأقل تتضمن تأثير نشـط[1] ورد فعـل نشط[2]، فيتـمثـل فــي اختيـار البيئة حيث يمر الفرد بخبرات معينة نتيجة لاختياره تتفق مع خصاله مثال: فالأطفال ذوى السلوكيات الاجتماعية الودودة، وهي سلوكيات تتأثر بالجينات وتظهر في الصمود- الاحتمال الأكبر أن يسعى هؤلاء الأطفال للتفاعل مع الغير، على عكس الخجولين أو من لديهم قلق اجتماعي يحدث الارتباط بين الجينات والبيئة نتيجة لرد الفعل حين يستثير سلوك الطفل الناجم عن تأثير الجينات استجابة من الآخرين - وهذه الاستجابة تدعم ذلك السلوك مثال (السلوك العدواني أو مشكلات المسلك) تستدعى ارتباطا بين الجينات والبيئة.

إذا كان هناك rg-e غير سلبية فهذا يعني أن التأثير الجيني على خصال معينة كالميل الاجتماعي والعدائية يدعمه ويقويه التدعيم البيئي بفعل العوامل البيئية المرتبطة، وهذا ما نراه في دراسات الأسر حيث لا يتم تقدير التأثير الجيني أو ضبطه، فإن العامل البيئي الذي قد يبدو أن له تأثيرا في اتجاه معين قد يكون له تأثير في اتجاه مختلف تماماً. ولننظر إلى الدراسات التي تناولت الوالدية المحبة الداعمة والتي تعتبر عاملا واقيا في النواتج النمائية(١١)، نجد أن الدراسات تناولت العلاقات الدافئة الثنائية بين الآباء والأبناء، تناولت اثنين أو أكثر من الأبناء نجد العلاقة الثنائية تختلف اختلافًا كبيراً باختلاف الأبناء في الأسرة الواحدة ومع نفس الأب والأم فدفء العلاقة والتقبل يختلف اختلافًا كبيراً باختلاف الأبناء حتى في العلاقة بنفس الأم أو الأب (١٩).

(1) Active.

(2) Re active - evocative.

أكثر من هذا فإن اختلاف علاقة الأم بالأبناء ينشأ نتيجة rg-e رد الفعل، حيث كانت استجابة الأم للتوائم المتماثلة متطابقة، في حين كانت استجابتها للتوائم غير المتماثلة والأشقاء مختلفة إلى حد ما. وعلى العكس من ذلك فإن الارتباط بين دفء العلاقة بين الأم والأبناء بالتبني كان محدوداً. هذا الارتباط بين تأثير rg-e رد الفعل تعمل من خلال التأثير الجيني على استجابة الأطفال و تعلقهم بالأم (١٦).

لا يجوز لنا أن نخلص إلى أن الجينات تفوق الخبرة نتيجة لتأثير هذا الارتباط بين البيئة والجينات (٤٥) (٥٨). أولاً: إذا كان التفاعل بين الجينات والبيئة والارتباط بينهما قائمًا، فإن تقدير التباين الجيني في الفروق بين الأفراد ليس تقديراً للتأثير الجيني. فالوراثة تتضمن جزءًا من التفاعل بين الجينات والبيئة والارتباط بينهما. فالتباين الوراثي الناجم عن الجينات ولكن لا يستبعد تأثير البيئة السببي التي ترتبط بالآثار الجينية وتتفاعل معها. ثانيًا: لأن الفروق بين الأفراد تنشأ من التفاعل بين الجينات والبيئة، وتؤدي إلى تغيير في بيئة الطفل يمكن أن تغير من تأثير الجينات في عملية النمو. فالخاصية التي تبدو وراثية في مجتمع ما في منطقة ما وفي زمن ما قد لا تكون وراثية في مجتمع آخر أو منطقة أخرى أو زمن آخر مثال من النتائج المستقرة في الدراسات الجينية الكمية دور الوراثة والبيئة غير المشتركة في الذكاء، ومع ذلك فقد يتراجع العامل الوراثي في الذكاء ويتأكد دور البيئة المشتركة ويظهر ذلك في الدراسات التي تناولت دراسة التباين في جماعات تعيش في بيئات محرومة فعلاً (٦٤).

التفاعل بين الجينات والبيئة ليس حتميًا، فالأطفال ذوو الأداء المعرفي المرتفع قد يسعون لمزيد من الاستثارة ممن يرعونهم ومن البيئة المادية المحيطة بهم، تشير التجارب إلى أن تعديل إدراك الراشدين لقدرات الأطفال العقلية يؤدي إلى تحسين أداء هؤلاء الأطفال (٥٣)، وبالمثل فإن الأطفال الذين يصعب رعايتهم لما يتسمون به من سلوكيات تزعج آباءهم (عدوانين، مخالفين، مستفزين) من المتوقع أن يتلقوا معاملة خشنة من آبائهم. ومع ذلك فمن الثابت أنه يمكن تعليم الآباء استراتيجيات تساعدهم على الاستجابة لسلوكيات أطفالهم المزعجة من خلال برامج التدخل، وبالتالي تتراجع

مشكلات الأطفال السلوكية والوجدانية (١٥)، أن التفاعل بين الجينات والبيئة الذي يربط بين العوامل الواقية وما يحققه الطفل من جوانب النمو المختلفة تفاعل مرن وقابل للتعديل والتغيير إذا ما تغيرت البيئة.

البيئات غير المشتركة والبيئات المشتركة:

تقدم الدراسات الكمية الجينية دليلاً واضحًا على دور البيئة باعتباره دورا مسببا للفروق الفردية، خاصة في دراسات الأسر التي لم يتم ضبط تأثير الجينات إحصائيًا فيها (٤٥) تتضمن الخصائص الإنسانية تأثيرات جينية أو تأثيرات بيئية وهي مهمة في تأثيرها. ولذلك فإن كثيرا من التباين في الخصائص ليس جينيًا تبعًا للنماذج الجينية الكمية. إن الحقيقة الخاصة بأن معظم التباين البيئي يرجع إلى بيئات غير مشتركة يعني أن التأثيرات البيئية تميز بين أعضاء الأسرة الواحدة أكثر مما تجعلهم متشابهين.

التأثيرات البيئية غير المشتركة تأثيرات قوية وشاملة، من الممكن تحديد الميكانيزمات البيئية غير المشتركة باستخدام نماذج جينية (٥١). معظم الدراسات في هذا المجال ركزت على خبرة الأخوة مع الآباء وهي خبرة فارقة (يختلف من أخ لآخر) ومن أمثلة هذه الدراسات دراسة أجريت على توأم في الثالثة من العمر (١٧) وتناولت الاختلاف بين التوائم المتماثلة في تعبير الأم عن تعلقها بالطفل فسرت من ٦- ٢٥٪ من الاختلافات في المشكلات السلوكية بين التوائم المتماثلة (العدوانية والعناد) وكذلك اعتدال المزاج. التوأم الذي حظي بدفء عاطفي كان أكثر مطاوعة وأقل عدوانًا وأكثر سعادة. هذه الفروق لا يمكن ردها إلى فروق في الجينات، حيث إن التوائم في هذه التجارب متماثلة. وهناك دراسات أخرى استخدمت هذا المنهج وغيره من المناهج لتحديد ميكانيزمات البيئة غير المشتركة. الجهد جدير أن يبذل رغم أن هذه الميكانيزمات من الصعب تحديدها، حيث إن البيئة غير المشتركة تتضمن تأثيرات ناجمة

عن أخطاء القياس وخبرات فردية غير منظومية. (٥١) (٦٥) إن البيئة المشتركة لها تأثيرات أقل من البيئة غير المشتركة، والبيئة المشتركة تؤدي إلى التشابه بين أفراد الأسرة الواحدة ويمكن توضيح تأثيرها باستخدام المناهج الكمية. مثال، تأمل الارتباط بين القدرة المعرفية ودفء العلاقة بالأم وكليهما عوامل تدخل في تنمية الصمود. القدرات المعرفية تتضمن تباين متوسط للبيئة المشتركة في الطفولة المبكرة. في نفس الدراسة التي أجريت على التوائم السابق ذكرها كانت البيئة المشتركة تمثل نسبة كبيرة من التباين في القدرات العقلية للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وتتضمن دفء العلاقة بالأم والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة (٤٤).

التباين في البيئة غير المشتركة في تنمية الصمود له مؤشرات في كيفية قياس وتحليل البيانات عن الميكانيزمات الواقية البيئية في المنزل. بالنسبة للقياس يجب أن يكون التأكيد على البيئة الخاصة بالطفل داخل الأسرة، وليس على قياس بيئة الأسرة بصورة عامة مثال: يمكن لباحث أن يركز على قياس دفء الأم وأسلوب التأديب والسلبية حيال اثنين أو أكثر من أبنائها، وليس قياس سلوك الأم حيال طفل واحد في الأسرة. لا شك أن مشاعر الأم نفسها، وسلوكها حيال اثنين من أبنائها سوف يختلف تبعًا لشخصية الابن نفسه. ويصدق ذلك على العوامل البيئية الأخرى التي تقاس في مستوى لا يستوعب التفاعل بالنسبة لكل طفل من أطفال الأسرة، بالنسبة لتصميم المنهج وتحليل البيانات، فلابد لدراسات الأسرة أن تتضمن تقديرات عن التباين داخل الأسرة مثال أوجه الشبه والاختلاف بين الأخوة، وكذلك التباين داخل الأسرة إن أمكن. وهذا يسمح بدراسة ميكانزيمات الارتباط بين الجينات والبيئة، والبيئة غير المشتركة التي يمكن فحصها بشكل جيد باستخدام النماذج الجينية.

الخاتمة:

في الختام سوف نتناول بعض تطبيقات بحوث التفاعل بين الجينات والبيئة من ناحية و الصمود من ناحية أخرى.

الصمود عملية نمائية:

أكد روتر (٥٧) على التركيز على **ميكانيزمات وعمليات** الخطر والحماية، أكثر من تحديد عوامل الخطر وعوامل الوقاية. يجب أن يكون الهدف هو البحث عن عمليات النمو، لأن تأثيرات الخطر وتأثيرات الوقاية ليست جامدة، وهذا له أهمية خاصة حين نتناول بالدراسة تأثيرات جينية، على أساس أن هناك اتجاها نحو اعتبار الجينات ذات تأثيرات ثابتة. نشاط الجينات وتفاعلها مع البيئة يتم في مستويات متعددة (داخل الخلايا وخارجها). رغم أن شكل الجين داخل الفرد لا يتغير، فإن وظيفته وتأثيره على الفرد يتغير، وهذا يتوقف على تغيرات في وظائف جينات أخرى وتغيرات في البيئة.

هناك تفاعلات مركبة تحدث بين الجينات وبعضها وبين البيئات وبعضها وبين الجينات والبيئات. فالبشر ليسوا نظما مغلقة، والبيئة والجينوم كلاهما يتغير وأحيانًا يكون هذا التغير عشوائيًا. "القصة" التي تصف عملية الجينات والبيئة في الصمود قد تعتمد على جمهور الدراسة والسياق البيئي الذي يعيش فيه هذا الجمهور، إن نجاح البحث في التفاعل بين الجينات والبيئات في النمو الإنساني سوف يعتمد على مدى جدية تصميم البحوث والقياس وتحليل البيانات، التي تتناول دراسة التفاعل بين الجينات والبيئات وأثر هذا التفاعل على النمو الإنساني.

عامل الخطر بالنسبة لك عامل الوقاية بالنسبة لى :

ما قد يعتبر عاملاً واقيًا في إطار ما قد لا يكون له تأثير أو قد يرتبط بنواتج مشكلة في إطار آخر (٥٧). مثلاً المستويات العالية من الجيشان الانفعالي يمكن أن تكون تواؤمية في مواجهة المصاعب، لأن الانبسطايين أكثر سعيًا للحصول على الدعم الاجتماعي من الآخرين. ولكن نفس الخصائص تتنبأ بالانسحاب الاجتماعي حين يكون في الأسرة درجة عالية من الصراع. (٦٣) مثال آخر يأتي من الدراسات التي تناولت العلاقة بين الرفاق والسلوك المضاد للمجتمع بالنسبة لمعظم الأطفال والمراهقين في معظم الجماعات الاجتماعية كان وجود علاقات صداقة ثابتة وحميمة يمكن منها التنبؤ

بالكفاءة الاجتماعية والتحصيل الدراسي. ومع ذلك فإذا كان الشباب ذوو سلوك عدائي أو معاد للمجتمع وكان رفاقهم أيضًا على شاكلتهم (وهو سيناريو شائع سواء في البيئة العادية أو العلاجية)، فإن الأفراد الأقل اندماجًا في الجماعة هم أكثر من يتحسن سلوكهم مع الزمن (٤) (٥). حين يجد الطفل أو المراهق من ذوى السلوك المشكل صديقًا مدعمًا وحميمًا فقد يؤدي ذلك إلى زيادة أو تراجع الأعراض غير الاجتماعية اعتمادًا على ما إذا كانت العلاقة بينهما قد نشأت واستمرت، لأن بينهما اهتمامًا مشتركًا في الخروج على القانون والإساءة للغير (١٨).

إن عوامل الخطر الجينية قد يكون لها تأثير واقى وهذا يتوقف على البيئة أو السياق، وهذا ما يسعى له التفسير التطوري للتغيرات التي تحدث للأجناس المختلفة، فالجينات التي تؤدي فقط إلى نتائج سلبية يتراجع تأثيرها حيث إن من يحمل هذه الجينات يموت قبل أن ينجب، أما الجينات التي تؤدي إلى الخطر، والوقاية في ذات الوقت فإنها تبقى حيث ينجب من يحملها وتمتد آثارها عبر الأجيال. وتمثل خلية[١] هذه النقطة وهي سمة جينية أحادية متنحية، وهذه الخلية تسبب خللاً في كرات الدم الحمراء ومن يحملون هذا الجين يكونون معرضين لأشكال مختلفة من الأمراض الخاصة بالدورة الدموية إذا كان الجين لدى الأم والأب، أما من يحملون الجين من أحد الوالدين، فتكون حالتهم أفضل ويكون لديهم وقاية من الإصابة بالملاريا، وهذا يفسر انتشار هذه الصورة المرضية للجين في مناطق تنتشر فيها الملاريا وخاصة غرب أفريقيا. وهكذا فإن الجين الذي يهدد بالمرض يحمي من مرض آخر. فإذا تراجع ظهور الملاريا أو اختفت تمامًا، فلن يمثل هذا الجين لمن يحمله عاملا للوقاية في هذه المناطق من العالم، وسوف تتراجع صورة الجين المرضية وهذا ما حدث فعلاً في الأجيال المتعاقبة من الأمريكيين الأفارقة (١٢). وهكذا نجد أمراضًا مؤلمة قد تكون عامل وقاية من مصدر تهديد خارجي في البيئة، ولكن عامل الوقاية هذا قد يفقد قيمته إذا اختفى التهديد البيولوجي الخارجي.

(1) Sickle cell anemia.

إذا ما تحدد التفاعل بين الجينات والبيئة وما يترتب عليه من نتائج سيكولوجية في الطفولة وما بعدها فقد نرى أن الجين الذي يعتبر عامل وقاية يحول دون نتيجة سلبية ما، قد يكون عامل خطر لنتيجة سلبية أخرى، ولكن تحت ظروف بيئية معينة. هذا التنبؤ لا يتناسب مع تعريف الصمود النفسي بارتباطها بعوامل واقية ثابتة وحتمية، وإنما يتفق مع اعتبار الصمود عملية نمائية ديناميه.

بيئة العقل:

تواجهنا حقيقة تطور الصمود عندما نجد فروقًا كبيرة داخل جماعة ما أو جمهور ما يتعرض لعوامل خطر مشتركة كالفقر والعنف الأسري وضآلة الوزن، وهنا يكون استخدام مقاييس موضوعية للبحث عن العوامل الواقية في البيئة أمرًا مهمًا، ولكنه يعطينا نصف الحقيقة وليست كلها. أما النصف الآخر فهو في بيئة العقل أي الواقع الذاتي للفرد، رغم أن البحث عن الصمود ومفهوم الذات وغيره من المتغيرات المعرفية الاجتماعية له قيمة، ولكن ما نحتاجه هو دراسات تبحث في التفاعل بين الجينات والبيئة وهو التفاعل الذي يكمن وراء تفسير الأطفال لبيئتهم وخبراتهم، وكيف تؤثر هذه الخبرات الذاتية في نواتج النمو.

فقد شهدت السنوات الماضية اهتمامًا بالمناهج الإمبريقية الصارمة لقياس الخبرات الذاتية للأطفال في أعمار مبكرة جدًا. وقد بدأت هذه الجهود أن تؤتي ثمارها، فهناك دراسات تناولت التعصب في معالجة الأطفال للمعلومات الاجتماعية وخاصة تفسيراتهم لنوايا الآخرين وتقييمهم للاستجابات المتعددة للمواقف الاجتماعية مما يساعد على تفسير عدوانية بعض الأطفال دون غيرهم رغم تعرضهم لنفس عوامل الخطر (١٤). كما أشارت نتائج دراسات حديثة عن القيمة التنبؤية للمعرفة الاجتماعية للأطفال حين تمت مقارنتها بتقارير الآباء عن البيئة التي نشأ فيها الأطفال (٣٨).

هناك إشارات مستمدة من الدراسات الجينية والإمبريقية تطالب بمزيد من الاهتمام بدراسات بيئة العقل. أولاً: إن كل الخبرات بالمعنى الموضوعي يتم فلترتها في المخ (الدماغ) من خلال الميكانيزمات الإدراكية والمعرفية، وعلى الرغم من وجود مسارات معينة لهذه الميكانيزمات (مثلاً الجهاز البصري يصب في جهاز الذاكرة)، فإن هناك فروقًا فردية فيما ينتبه له الأفراد في بيئاتهم، وما يخزنونه في ذاكرتهم وما يستعيدونه نظريًا، إن الفروق بين الأفراد في التفضيل أو التحيز في معالجة المعلومات يماثل التباين في السلوك والمزاج، وكليهما ينشأ عن التفاعل بين الجينات والبيئة. ولابد من أبحاث لاختبار هذه الفكرة وهي تتطلب تجارب في المعرفة الاجتماعية تستخدم نماذج بحثية جينية.

ثانيًا: هناك نتيجة ثانية خاصة بالخبرات الشخصية حيث إن معظم التباين البيئي في الدراسات الكمية الجينية غير مشترك، ومن الممكن أن يكون معظم التأثير غير الجيني على النواتج النمائية نتيجة لخصائص الفرد، والنتيجة المنطقية لذلك إن هذه الخبرات لا تنشأ فقط من فروق في الخبرات الفعلية بالمعنى الموضوعي، وإنما قد تنشأ من خبرات ذاتية وهي تختلف بالنسبة لشخصين يمرون بنفس الخبرة الفعلية. ويظل هذا النوع من الأبحاث غير مطروق وهو يحتاج نماذج جينية. أحد مناحي البحث تشير إلى أن مثل هذه الدراسات سوف تؤدي إلى نتائج واعدة. كثير من الدراسات التي تناولت الخبرات الفارقة بين الأخوة من نفس الأب/ الأم (وهو مصدر تأثير لبيئة غير مشتركة) وجد أن هذه المعاملة الفارقة[1] أي التي تفرق في المعاملة بين الأبناء ترتبط بسلوك مشكل لدى الطفل الأقل تفضيلاً حيث يدرك **الموقف بأنه غير عادل** (٢٧) (٣٧)، في الأسر حيث يعاقب أحد الأطفال أكثر من أخوته، يرى البعض أن هذا عدل حيث تعكس المعاملة الفارقة من جانب الوالدين استجابة تتناسب مع الفروق بين الأخوة في سوء السلوك (أن يلقي ما يستحق لسوء سلوكه) في الأسرة التي يرى فيها الأطفال أن المعاملة الفارقة عادلة لا ترتبط فيها هذه المعاملة بارتفاع معدل السلوك المشكل لدى

---

(1) Differential treatment.

الطفل الأقل تفضيلاً، أما إذا أدرك الطفل أن هذه المعاملة غير عادلة فإن معدل السلوك المشكل يرتفع. ولكي تكتمل الصورة لابد أن يتوفر الجانب الموضوعي وهي المعاملة الفارقة، والجانب الشخصي وهي إدراك الطفل ما إذا كانت المعاملة الفارقة عادلة أم غير عادلة.

ثالثًا: النقطة الثالثة التي تشير للعوامل الذاتية أن الفروق بين الأفراد في التقارير الذاتية عن خبرات في الماضي أو الحاضر عن بيئة النشأة تشير بوضوح إلى تأثير الجينات، فالأطفال المتشابهون جينيًا يذكرون خبرات متشابهة عن البيئة التي نشأوا فيها والخبرات التي مروا بها. والتفسير الشائع لهذه النتيجة أن الارتباط بين الجينات والبيئة يؤدي إلى هذا التأثير، فالأطفال الأكثر تشابهًا في الجينات لديهم خبرات متشابهة وتعكس تقاريرهم الذاتية هذا التشابه. وهناك تفسير آخر لم يختبر جيداً أن هناك تأثيرا جينيا في ميكانيزمات معالجة المعلومات، وهو الذي يؤدي إلى التشابه في تفسير الخبرات، حتى وإن كانت الخبرات الفعلية مختلفة. ويتطلب اختبار صحة هذا التفسير تجارب تستخدم نماذج بحثية جينية.

الخلاصة أن الصمود عملية نمائية تدخل ضمن الفروق بين الأطفال في الخصائص الشخصية، كالمزاج والقدرات المعرفية، والبيئية كالوالدية الداعمة والمدرسة الإثرائية. إن التأثيرات الجينية والبيئية وراء الفروق بين الأفراد بينها ترابط حيث تتفاعل القوتان بما يؤدي إلى التنوع الذي نراه بين الأطفال وعبر الزمن داخل الطفل الواحد. إن الكشف عن هذا التفاعل بين القوتين الجينية والبيئية سوف يساعدنا في التنبؤ بصورة أفضل، ولابد أن ندرك باعتبارنا باحثين وممارسين أن التنبؤ في نهاية الأمر هو احتمالي وأن التفاعل بين الجينات والبيئات قد يتغير بتغير أي من القوتين.

REFERENCES

1- Anderson, K., Lytton, H., & Romney, D. M. (1986). Mothers' interactions with normal and conduct-disordered boys: Who affects whom? *Developmental Psychology, 22*, 604–609.

2- Arbelle, S., Benjamin, J., Golin, M., Kremer, I., Belmaker, R. H., & Ebstein, R. P. (2003). Relation of shyness in grade school children to the genotype for the long form of the serotonin transporter promoter region polymorphism. *American Journal of Psychiatry, 160*, 671–676.

3- Aspinwall, L. G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. In A. Tesser & N. Schwarz (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Intraindividual processes* (pp. 591–614). Malden, MA: Blackwell.

4- Bender, D., & Loesel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence, 20*, 661–678.

5- Berndt, T. J., Hawkins, J. A., & Jiao, Z. (1999). Influences of friends and friendships on adjustment to junior high school. *Merrill-Palmer Quarterly, 45*, 13–41.

6- Braungart, J. M., Plomin, R., DeFries, J. C., & Fulkner, D. W. (1992). Genetic influence on tester-rat perament as assessed by Bayley's infant behavior record: Nonadoptive and adoptive siblin *Developmental Psychology, 28*, 40–47.

7- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths livi The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology, 15*, 139–162.

8- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ:

9- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W. et al. (2002). Role of genotype violence in maltreated children. *Science, 297*, 851–854.

10- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. et al. (2003). Influenc on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science, 301*, 386–389.

11- Conger, R. D., & Conger, K. J. (2002). Resilience in midwestern families: Selected findings from tl of a prospective, longitudinal study. *Journal of Marriage and the Family, 64*, 361–373.

12- Connor, J. M., & Ferguson-Smith, M. A. (1991). *Essential medical genetics* (3rd ed.). London: Blac

13- Costa, P. T., Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, and applications* (pp. 44–61). New

14- Crick, N., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing r children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*, 74–101.

15- Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting stress*. New Haven, CT: Yale University Press.

16- Deater-Deckard, K., & O'Connor, T. G. (2000). Parent-child mutuality in early childhood: Two beh studies. *Developmental Psychology, 36*, 561–570.

17- Deater-Deckard, K., Pike, A., Petrill, S. A., Cutting, A., Hughes, C., & O'Connor, T. G. (200 environmental processes in social–emotional development: An observational study of differences in the preschool period. *Developmental Science, 4*, F1–F6.

18- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and prob *American Psychologist, 54*, 755–764.

19- Dunn, J. (1993). *Young children's close relationships: Beyond attachment*. Thousand Oaks, CA: Sa

20- Eid, M., Riemann, R., Angleitner, A., & Borkenau, P. (2003). Sociability and positive emotionalit environmental contributions to the covariation between different facets of extraversio *Personality, 71*, 319–346.

21- Fan, J., Fossella, J., Sommer, T., Wu, Y., & Posner, M. I. (2003). Mapping genetic variation of exec onto brain activity. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 100*, 7406–7411.

22- Goldsmith, H. H., Buss, K. A., & Lemery, K. S. (1997). Toddler and childhood temperament. Exp stronger genetic evidence, new evidence for the importance of environment. *Developmental P* 891–905.

23- Hetherington, E. M. (1991). The role of individual differences and family relationships in children divorce and remarriage. In P. A. Cowan & E. M. Hetherington (Eds.), *Family transitions. Adv research series* (pp. 165–194). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

24- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, and applications* (pp. 24–43). New York: Wiley.

25- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1998). A population-based twin study of self-esteem and gender. *Psychological Medicine*, 28, 1403–1409.

26- Kilmer, R. P., Cowen, E. L., & Wyman, P. A. (2001). A micro-level analysis of developmental, parenting, and family milieu variables that differentiate stress-resilient and stress-affected children. *Journal of Community Psychology*, 29, 391–416.

27- Kowal, A., & Kramer, L. (1997). Children's understanding of parental differential treatment. *Child Development*, 68, 113–126.

28- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 179–224). New York: Kluwer Academic/Plenum.

29- Lengua, L. J. (2002). The contribution of emotionality and self-regulation to the understanding of children's response to multiple risk. *Child Development*, 73, 144–161.

30- Losel, F., & Bliesener, T. (1994). Some high-risk adolescents do not develop conduct problems: A study of protective factors. *International Journal of Behavioral Development*, 17, 753–777.

31- Manke, B., Saudino, K. J., & Grant, J. D. (2001). Extremes analyses of observed temperament dimensions. In R. N. Emde & J. K. Hewitt (Eds.), *Infancy to early childhood: Genetic and environmental influences on developmental change* (pp. 52–72). New York: Oxford University Press.

32- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143–169.

33- Matthews, G., & Deary, I. J. (1998). *Personality traits*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

34- Matthews, G., Schwean, V. L., Campbell, S. E., Saklofske, D. H., & Mohamed, A. A. R. (2000). Personality, self-regulation, and adaptation: A cognitive-social framework. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 171–207). New York: Academic Press.

35- McCartney, K., Harris, M. J., & Bernieri, F. (1990). Growing up and growing apart: A developmental meta-analysis of twin studies. *Psychological Bulletin*, 107, 226–237.

36- McGuire, S., Manke, B., Saudino, K. J., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1999). Perceived competence and self-worth during adolescence: A longitudinal behavioral genetic study. *Child Development*, 70, 1283–1296.

37- McHale, S. M., Updegraff, K. A., Jackson-Newson, J., Tucker, C. J., & Crouter, A. C. (2000). When does parents' differential treatment have negative implications for siblings? *Social Development*, 9, 149–172.

38- Measelle, J. R., Ablow, J. C., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (1998). Assessing young children's views of their academic, social, and emotional lives: An evaluation of the self-perception scales of the Berkeley Puppet Interview. *Child Development*, 69, 1556–1576.

39- Mendez, J. L., Fantuzzo, J., & Cicchetti, D. (2002). Profiles of social competence among low-income African American preschool children. *Child Development*, 73, 1085–1100.

40- Neiderhiser, J. M., & McGuire, S. (1994). Competence during middle childhood. In J. C. DeFries, R. Plomin, & D. W. Fulkner (Eds.), *Nature and nurture during middle childhood* (pp. 141–151). Cambridge: Blackwell.

41- Neiss, M. B., Sedikides, C., & Stevenson, J. (2002). Self-esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality*, 16, 351–367.

42- O'Connor, T. G., Deater-Deckard, K., Fulker, D. W., Rutter, M., & Plomin, R. (1998). Gene–environment correlations in late childhood and early adolescence. *Developmental Psychology*, 34, 970–981.

43- Oniszczenko, W., Zawadzki, B., Strelau, J., Riemann, R., Angleitner, A., & Spinath, F. M. (2003). Genetic and environmental determinants of temperament: A comparative study based on Polish and German samples. *European Journal of Personality*, 17, 207–220.

44- Petrill, S. A., & Deater-Deckard, K. (2004). Task orientation, parental warmth and SES account for a significant proportion of the shared environmental variance in general cognitive ability in early childhood: Evidence from a twin study. *Developmental Science*, 7, 25–32.

45- Plomin, R. (1994). *Genetics and experience: The interplay between nature and nurture.* Thousand Oaks, CA: Sage.
46- Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., & McGuffin, P. (2001). *Behavioral Genetics* (4th ed.) New York: Worth.
47- Plomin, R., Pedersen, N. L., McClearn, G. E., Nesselroade, J. R., & Bergeman, C. S. (1988). EAS temperaments during the last half of the life span: Twins reared apart and twins reared together. *Psychology and Aging, 3*, 43-50.
48- Plomin, R., & Rutter, M. (1998). Child development, molecular genetics, and what to do with genes once they are found. *Child Development, 69*, 1223-1242.
49- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development & Psychopathology, 12*, 427-441.
50- Prior, M. (1999). Resilience and coping: The role of individual temperament. In E. Frydenberg (Ed.), *Learning to cope: Developing as a person in complex societies* (pp. 33-52). Oxford: Oxford University Press.
51- Reiss, D., Neiderhiser, J., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (2000). *The relationship code: Deciphering genetic and social influences on adolescent development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
52- Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research: The Journal of Comparative Social Science, 36*, 15-47.
53- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom.* New York: Holt, Rinehart & Winston.
54- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality & Social Psychology, 78*, 122-135.
55- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development* (5th ed.) (pp. 105-176). New York: Wiley.
56- Rusalov, V. M., & Biryukov, S. D. (1993). Human behavioral flexibility: A psychogenetic study. *Behavior Genetics, 23*, 461-465.
57- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14*, 626-631.
58- Rutter, M. (2002). Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development, 73*, 1-21.
59- Saudino, K., & Eaton, W. O. (1995). Continuity and change in objectively assessed temperament: A longitudinal twin study of activity level. *British Journal of Developmental Psychology, 13*, 81-95.
60- Schmitz, S. (1994). Personality and temperament. In J. C. DeFries, R. Plomin, & D. W. Fulkner (Eds.), *Nature and nurture during middle childhood* (pp. 120-140). Cambridge: Blackwell.
61- Smith, J., & Prior, M. (1995). Temperament and stress resilience in school-age children: A within-families study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 168-179.
62- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development.* New York: Brunner/Mazel.
63- Tschann, J. M., Kaiser, P., Chesney, M. A., Alkon, A., & Boyce, T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*, 184-192.
64- Turkheimer, E., Haley, A., Waldron, M., D'Onofrio, B., & Gottesman, I. I. (2003). Socioeconomic status modifies heritability of IQ in young children. *Psychological Science, 14*, 623-628.
65- Turkheimer, E., & Waldron, M. (2000). Nonshared environment: A theoretical, methodological, and quantitative review. *Psychological Bulletin, 126*, 78-108.
66- Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A., & Shinar, O. (2001). Family risk factors and adolescent substance use: Moderation effects for temperament dimensions. *Developmental Psychology, 37*, 283-297.
67- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13-39). New York: Academic Press.
68- Zuckerman, M. (2000). Optimism and pessimism: Biological foundations. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 169-188). Washington, DC: American Psychological Association.

الفصل الخامس

التعايش مع الاستهداف للخطر وإعادة صياغته
التعايش مع الترابط وإعادة صياغته
خلق صمود حقيقي لدى الصبية والشباب

ويليام بولاك

قد تبدو الجدلية التي يطرحها هذا الفصل بعيدة بل خارجة على الدراسات الكلاسيكية للصمود، حيث تشير إلى أنه بقدر ما نستطيع أن نحافظ على **الاستهداف** (الصحي) لدى الذكور بقدر ما يصبحون ويظلون صامدين تقع هذه الجدلية في قلب الدعوة لهدم النموذج الكلاسيكي وأساسه الانفصال الرزين[1] من أجل فتوة سليمة وصحيحة بأمل أن يتحقق للصبية والرجال صمودًا حقيقيًا.

سوف يعرض هذا الفصل، نماذج التنشئة الاجتماعية التقليدية للذكور في المجتمعات الصناعية الغربية، وما يترتب عليها من نتائج فاشلة (١٥)، وضرورة إعادة النظر في النماذج الكلاسيكية للصمود، كي يعاد النظر لها بعين الجندر حتى يمكن أن يكون لها تطبيقات أفضل للشباب في المجتمع الغربي. إن النظرة المتجددة المترتبة على هذه الرؤية سوف تضع **الصمود** في بؤرة الرفاه الوجداني بالنسبة للذكور من الأولاد والشباب.

تعرف النماذج الكلاسيكية **الصمود** في الأطفال والراشدين باعتباره القدرة على تجاوز العثرات والتعافي من خيبة الأمل ووضع أهداف واقعية واضحة (١). رغم

(1) Stoic Separation - based models.

أنني أناقش هذه المفاهيم وأراها أساسية في الرفاه الوجداني، والقدرة على التعامل مع الآلام التي تأتي بها الحياة لكل البشر، في لحظة ما، فإنها يمكن أن تقوض بسهولة حين تطبق على التعبير الظاهري لسلوك الذكور، ونصبح أمام **صمود كاذب** يخدع الأطفال والكبار فيعتقدون أن ما يرونه إنما هو دليل على الصحة ولكنه في الحقيقة مظهر يخفي ألما داخليا عميقا. هذه العملية النفسية الخفية حيث تنكشف تعطي الفرصة للاستهداف الوجداني أن يظهر ومعه الصمود الحقيقي لدى الأولاد والرجال، بمعنى آخر وعلى أساس البيانات الخاصة بحياة الأولاد (الفتيان) التي توصلت لها الدراسات، فإن قدرة الشباب على أن يشعر ويخبر ويعبر بحرية عن **تعرضه للخطر في سياق من التواصل والترابط** (خاصة بالقائمين على الرعاية من الراشدين) هي أعظم قوة لتهيؤ عقلي[1] صامد لدى الفتيان والشباب.

أعباء ميثاق (الصبية) الفتيان[2]:

تؤكد النماذج النفسية التقليدية الخاصة بالقوة والصحة لدى الفتيان على نمو الأتونومية والانفصال والمواجهة الفردية، وتؤكد بصفة خاصة على الانفصال المبكر والامتناع عن التعبير عن الاعتماد المتبادل أو عن الذات المعرضة للخطر وهو أمر يبدأ عادة في سن ما بين ٣-٥ سنوات (١٣) (١٤)، ويمثل قيم الثقافة المسيطرة للأمريكي والأوروبي ويشكل ميثاق الفتيان (١٥) (١٧) الذي يشين الذكور الصغار ويدفعهم في الاتجاه نحو الصلابة والانفصال وضبط النفس. إنه نظام التنشئة الاجتماعية الشائع، نظام كثير ما يخترق المناحي التقليدية للقياس والعلاج النفسي للشباب الذكور.

---

(1) Resilient mindset.

(2) Boy's Code.

إنه يشين شبابنا بعيداً عن الاستهداف للخطر الوجداني والاعتماد المتبادل والحاجة الأساسية للارتباط الإنساني في وقت هم في أشد الحاجة إليه. هذا الميثاق الذكوري في التنشئة الاجتماعية يخلق ما نسميه "قيد الجندرة"[١]. من خلال ما نعرفه جيداً من ميثاق الفتيان خاصة حين ينضمون إلى مؤسسات نظامية ترتبط بالنمو كالمدرسة أو أماكن ممارسة الرياضة وغيرها من سن ٤-٥ سنوات، مثل عليك أن تقف على قدميك، "عليك أن تكون رجلاً صغيراً، لا تكن ابن أمك، الأولاد الكبار لا يبكون، لا تتصرف كالأطفال"، وهكذا نخمد صوت تعبيرهم عن مشاعرهم الحقيقية، على أساس هذه المعايير يوجه الكثير من الفتيان النقد لأنفسهم ويحكمون على أنفسهم كما يحكم الآخرون عليهم بأنهم غير ناضجين، أو لديهم قصور في المهارات العقلية أو الوجدانية أو غيرها أو أنهم فاشلون على اختبار الذكورة شديد الصعوبة. يحمل الفتيان الشعور بالخزى من إظهار خصائصهم التي تميزهم عند تعرضهم للخطر وبالتالي ينفصلون[٢] وتنقطع العلاقات الصحية فيما بينهم، وبالراشدين، بل وبمشاعر وانفعالات كثيرة داخلهم. ولذلك فنحن في حاجة إلى وضع نماذج جديدة تعترف وتعرف الهوية الحقيقية للفتيان وتدعم هذه النماذج، نماذج تتبنى مفهوماً جديداً للشجاعة، والبطولة أساسه الارتباط بالآخر، ويسمح للشباب بمقاومة المطالب التقليدية الجامدة التي ترتبط بالخزى، وسوف تعيد هذه النماذج الفتيان إلى الارتباط بنماذج أدوار لراشدين من الجنسين التي تتسم بالمرونة الوجدانية، والصداقة الحقيقية بين الأولاد والبنات أيضاً، والقدرة على التعبير عن التعرض للخطر والألم دون الخوف من الشعور بالخزى، والتواصل من خلال أصواتهم الحقيقية، إن هذا النموذج الجديد سوف يخلق منظوراً جديداً للصمود الحقيقي لدى الفتيان.

(1) Gender Straitjacketing

(2) Disconnected.

ما النتائج والمترتبات التي يمر بها الفتيان نتيجة لصدمة الانفصال المبكر(١٣)(١٤) وعدم الارتباط بمصادر النمو الوجداني وسيلة للتناغم مع ميثاق الخزى الخاص بالفتوة؟

كثير من الفتيان في مشكلات حقيقية حتى أولئك الذين يبدو أنهم أسوياء وأنهم في حالة عظيمة. فمسألة الصمود لدى الفتيان لا تقتصر على الفتيان تحت ظروف صعبة أو المعرضين للخطر ولكنها مهمة حتى لمن يبدو أنهم متوافقون (ولكن يعانون في صمت ويظهرون صموداً غير حقيقي). يشعر الأولاد (بالارتباك) أمام رسائل المجتمع المختلطة لما هو متوقع منهم باعتبارهم صبية، وفيما بعد باعتبارهم رجال، وهم مدفوعون للانفصال قبل الأوان عن حب أخواتهم البنات والارتباط بهم وكثير منهم يشعر بحزن وعزلة لا يستطيعون التعبير عنها. تشير الدراسات (١٥) (١٦) (١٨) إلى أن أداء الصبية في المدرسة تدني بالمقارنة بالماضي وبالمقارنة بالإناث، وأن كثيرا منهم احترامهم لذاتهم ضعيف، وأن معدلات الاكتئاب والانتحار لدى الصبية في ازدياد، الواقع أن أبناءنا في أزمة ميئوس منها، وإن كانت أزمة صامتة.

الصبية الذين نحبهم مثلهم مثل البنات اللاتي نعتز بهم كثيراً ما يمرون بحالات من الحزن والتعرض للخطر وشعور مؤلم بالعزلة، والانفصال واليأس (١٥) (١٦) (١٧)، إن أبناءنا يعانون من ألم وجداني عميق ولكن يظل من الصعب التكهن بمعاناتهم، وأحياناً ما تكون معاناتهم خافية. من النظرة الخارجية يبدو الولد منشرحاً، صامداً، نشطاً أما من الداخل فقد يشعر بالوحدة والخوف واليأس فعلاً، ولأن المجتمع يضع ضغوطاً على الصبية ليتصرفوا بصلابة ويتبعوا ميثاقاً صارماً للذكورة فإنهم يخفون مشاعرهم مهما كلفهم ذلك، وبالتالي يصبح من الصعب علينا أن نلاحظ متى يتعثرون في المدرسة، أو حين تتعثر علاقاتهم بزملائهم وحين يعانون من الاكتئاب أو حتى يكونوا على شفى الانتحار، ومن جانبنا فنحن دائماً منخدعون بانشراحهم وصلابتهم وتماسكهم الظاهري.

نحن باعتبارنا مجتمعاً لدينا توقعات معينة وخاصة من الصبية تتطلب منهم أن يتعاملوا بشجاعة واستقلالية إن أقبلت الحياة أو أدبرت، وأن يخفوا آلامهم وفوق ذلك عليهم أن يتجنبوا أي شيء قد يعود عليهم أو على آبائهم بالخزى. هذه القواعد الجامدة الخاصة

بالجندر تدفع كثيرا من الصبية إلى كبت حاجتهم للحب والارتباط، وبناء حائط غير مرئي وغير قابل للاختراق من الصلابة (١٠). يخفيه قناع العنترية الذكورية وعدم القابلية للتعرض الخطر، هذا القناع يدفعهم إلى الشعور بالوحدة ومعاناة المشكلات المؤلمة في عزلة، مشكلات تتراوح من الفشل الأكاديمي إلى التعاطي، من الصراعات مع الأصدقاء إلى الاكتئاب المرضي، من قصور الانتباه إلى الانتحار أو القتل. خلف قناع كاذب لعدم الاستهداف للخطر وتمثيل دور الذكورة، والتعبير عن الانفعال الوحيد المسموح لهم التعبير عنه وهو الغضب، من الصعب أن نسمع الفتيان يعبرون عن آلامهم أو افتقادهم الارتباط بالآخر، أن الخزى الذي يمنع الفتيات عن التعبير عن مشاعرهم في المراهقة يمنع الفتيان أيضاً ولكن في سن مبكرة.

الصبية في حالة فشل:

في المجتمع الأمريكي هناك فجوة جديدة بين الذكور والإناث، وهي فجوة في التعليم والاتجاهات حيث يقبع الصبية في القاع سواء في التعليم أو الاتجاهات أو الانفعالات. حين يسأل الأطفال في الصف الثامن عن المستقبل تكون نسبة الفتيات اللائي يتطلعن إلى المهن الإدارية أو العمل الاقتصادي أو المهن الرفيعة ضعف عدد الصبية، فالأولاد يجدون صعوبة أكبر في التوافق للمدرسة، وتتضاعف نسبة انتشار فرط الحركة من أربع إلى تسع أضعاف لديهم وتشكل ٧١٪ من مشكلات المدرسة، الواقع أن الفتيات يقطعن خطوات واسعة نحو رأب الفجوة بينهم وبين الصبية في الرياضيات والعلوم، في حين أن الصبية يزداد تخلفهم في القراءة والكتابة، وهي المهارات اللازمة للتعبير عن الذات دون أن تصبح ضحية لسوء التصرف. وفي المرحلة العمرية ١٥-٢٤ تكون نسبة الذكور ضحايا حوادث القتل أربعة أضعاف الإناث، ونسبة الانتحار بينهم خمسة أضعاف الإناث. أما الأفارقة الأمريكيون الذكور فهم في حالة تعرض دائم للخطر مما جعل البعض يرى أنهم "نوع مهدد"[1] (٣) (١١) (١٥).

(1) Endangered Species.

نسبة الصبية الذين ينطبق عليهم تعريفات إعاقات تعليمية أو صعوبات تعلم ضعف عدد البنات، ويشكلون ٦٧٪ من حجم فصول التربية الخاصة وفي بعض الفصول ترتفع نسبة النشاط الزائد وقصور الانتباه إلى عشرة أضعاف. رغم أن البنات استطاعوا تجاوز الفجوة بينهم وبين الصبية، فإن تخلف الصبية في القراءة مازال قائمًا والتحسن فيه محدوداً، تشير الدراسات إلى أن تقدير الذات لدى الذكور باعتبارهم متعلمين أضعف من البنات ويعبر الذكور عن ثقة أقل في الوصول لمراحل تعليمية متقدمة وهم أكثر عرضة للتعرض للمشكلات أو الفصل أو التسرب من المدرسة.

هذه الفجوة الجديدة لفشل الصبية في المدرسة تتوازى مع صعوبات أكثر خطورة تهدد حياتهم خارج المدرسة، فالصبية يقتلون أنفسهم ويقتلون الآخرين بأعداد غير مسبوقة، ففي أمريكا أصبح الانتحار هو السبب الخامس في الترتيب لوفاة الأطفال ما بين ٥-١٤ سنة، ويقع في الترتيب الثالث لوفاة الشباب ما بين ١٥-٢٤ سنة وفي هذه الفئة تقدر حالات الانتحار الفعلية لدى الذكور أربع إلى ست أضعاف نسبتها لدى الإناث. لقد تضاعفت نسبة الانتحار ثلاث أضعاف منذ ١٩٥٠، وتمثل نسبة الانتحار في هذه المرحلة ضعف نسبة المجتمع ككل، وترتفع هذه النسبة إلى ١٦٥٪ بالمقارنة بالعقد الماضي (١٥).

إذا لم يقتل الأولاد أنفسهم فإنهم يقتلون الآخرين بأعداد غير مسبوقة، فالقتل هو السبب الثاني للوفاة للشباب ما بين ١٥-٢٤ والسبب الثالث ما بين ٥-١٤ سنة ويمثل الصبية نصيب الأسد سواء ضحايا أو جناة، كما ارتفع معدل ضحايا جرائم العنف بالنسبة للذكور عنه للإناث باستثناء العنف الجنسي، ويمثل المراهقون الأفارقة أعلى نسبة باعتبارهم ضحايا للتعرض للعنف يليهم الذكور البيض، فنسبة ضحايا العنف من الذكور ضعف نسبتها من الإناث، ونسبة جرائم القتل لدى الذكور ٤٠٠٪ منها لدى الإناث في نفس السن. وتحتل أمريكا الموقع الأول في استخدام الأسلحة النارية في القتل مقارنة بالدول الصناعية الأخرى، وفي عام ١٩٩١ كان معظم ضحايا جرائم القتل من الذكور بين سن ١٥-٤٤ وترتفع بينهم نسبة من يقعون دون سن٢٤(١٥).

رؤى جديدة للذكورة السوية: نحو نماذج جديدة للصمود النفسي:

إذا وضعنا نصب أعيننا الحقائق التي كشفت عنها البحوث فيما تقدم عن معاناة الفتيات الاجتماعية والوجدانية (٥) (٦) (٧). (الفصل السادس من هذا الكتاب، سوف تتبين مدى تقصير البحوث عن الصبية خلال العقود الفائتة. والمعتقد أن المجتمع الأمريكي لم يدرس خبرات الصبية بدرجة كافية وبالتالي أساء فهم مشاعرهم الحقيقية، لقد وضعنا افتراضات غير دقيقة مضى زمانها كالأساطير عن حياة الصبية الوجدانية. وقدرة الصبية على الحب والتعاطف، وهي صفات أساسية في الصمود (١).

في ثقافتنا الحالية نصور الأولاد والرجال على أساس سيطرة الجانب البيولوجي الذي يدفعهم للعنف (الصبية صبية) وهو تصور محدود فيما يتعلق بأسلوب التعبير عن الذكورة الطبيعية. (الصبية يجب أن يكونوا صبية) ذوى انفعالات مسممة ضارة مؤذية، وليس لديهم وعي نفسي، ولديهم وجدان فاتر وبناء جسمي خطر، ولكن بحوث الكاتب وخبرته الإكلينيكية(١٥) (١٦) (١٧). وكذلك خبرة زملاء آخرين (٨) (٩) (١٢) أوضحت صورة أكثر تعقيداً وأكثر اتساعًا، بعيدة تمامًا عن النمط السائد عن الصبية وما يتضمنه من خشونة وعدم الإحساس، والضرر. الصبيان في بيئة صديقة للذكور (بيئة بحثية - علاجية - مجتمعية) يعبرون عن شعور بالحزن والخوف والحرص على علاقاتهم بالآخرين، كما يعبرون عن أهمية الصداقة القوية سواء بصديق أو صديقة، الصبية أكثر تعاطفًا ووجدانية مما تعكسه الأنماط الجامدة الثقافية والبحثية والإكلينيكية والتي شوهت معتقداتنا عن الصبية. لقد تعثرت وتميعت لديهم مقومات الصمود الحقيقية خلف أقنعة الاستقلالية والعنترية الكاذبة، التي أخفت إمكانية تعرضهم للخطر مثلهم مثل البنات وأخفت حاجتهم للاعتماد المتبادل وحاجتهم للتكامل مع الآخر وإحساسهم بالأنا وبالنحن (١٣) (١٤).

الاستماع لأصوات الصبية:

تم تصميم مشروع الاستماع للصبية[1] (وينفذ بالتعاون مع فريق من كلية الطب بجامعة هارفارد) ليكون دراسة كمية - كيفية تهدف إلى التعرف على الخبرات الانفعالية الذاتية الحقيقية للصبية بكل تفهم وتعاطف - الولد الحقيقي الذي يختفي وراء أسطورة الذكورة الاجتماعية، وكان المشروع يركز على البحث عن عوامل الصمود الحقيقية التي تساعد الصبية على مقاومة الضغوط الثقافية (الفصل السادس من هذا الكتاب) وتطلق الجوانب الوجدانية لديهم - وقد تناولت الدراسة أكثر من موقع وأكثر من قطاع من القضايا الأساسية في نمو وتطور الأولاد والمراهقين.

كانت المرحلة الأولى والتي نتناولها في هذا الفصل لدعم نظرية الكاتب التي سبق عرضها، واستخدمت فيها عينة من ٢٠٠ فرد تراوحت أعمارهم من مرحلة ما قبل المراهقة وحتى نهاية المرحلة الثانوية، وأتم كل فرد في العينة عدداً من المقاييس تتضمن القيم الخاصة بالمساواة بين الجنسين، اللاشعورية للأيديولوجية الذكورية التقليدية وتعريف الذات، بالإضافة إلى مقابلة فردية متعمقة تناولت الارتباط العاطفي/ عدم الارتباط العاطفي نحو الأم والأب ومن الأم والأب، والأبطال والمنتور والصداقة والعلاقات الرومانسية، وثقافة الذكور والحالات الوجدانية، وحل الصراعات، وذلك من أجل فهم أعمق لصراعات الصبية، كما استخدمت بعض بطاقات TAT[2] وأجريت مقابلات مع الآباء (١٥) (١٦).

أزمة صامتة من الخوف والحزن لدى الصبية: الصمود المعتدى عليه

أيدت هذه الدراسة فروض الكاتب (١٦) في أن كثيراً من أبنائنا ضائعين في ثقافة ذكورية تسودها الصراعات التي ليس لها حل حول الذكورة والأنوثة في عالم

(1) The listening to boys project.

(2) The matic Apperception Test.

الكبار. ومما يثير الخلط لدى الذكور، الرسائل المتصارعة التي يتلقونها عن معنى الذكورة اليوم، فمن ناحية يتم تشجيعهم على التصرف بخشونة، بطرائق ذكورية (ويجلب لنفسه الخزى وسوء المعاملة والتهكم إذا لم يفعل ذلك) ومن ناحية أخرى فإنهم يلقوا التأنيب إذا لم يتصرفوا بدرجة كافية من الحساسية، والمراعاة. ونتيجة لهذه الازدواجية في المعايير يشعر الصبية أنهم مدفوعون نحو الصمت والكبت لكل المشاعر التي قد تعتبر مشاعر نسائية مثل الحزن، والشعور بخيبة الأمل، والخوف والإثم والخزى. لقد تجاهل المجتمع إلى درجة كبيرة ما يعانيه أولادنا من معارك نفسية داخلية، ونفسر تكتمهم لحقيقة الثقة بالنفس لديهم (الصمود الكاذب)[1] ومبالغتهم في النشاط الزائد المرضي، وإظهار الشجاعة والعدوانية الصادرة عن خوف حقيقي ناجم عن هرمون التستوستيرون.

في غياب البيانات الإمبيرقية وغياب نظرية نفسية مناسبة خاصة بالذكور، استبدلنا الفهم العميق المكتمل لحقيقة طبيعة الشباب والصبية الذين نعرفهم بالأفكار الخرافية، واستمر الكاتب في إجراء بحثه عامًا وراء عام، لأنه تبين بعد خبراته الكليكينية الطويلة في العمل مع المراهقين والرجال أن الوقت قد حان لدراسة الصبية دراسة منظمة وعن قرب من منظور حديث لجمع خلاصة البيانات الإمبريقية، التي نحتاجها لترفع عن كاهلنا باعتبارنا مجتمع سوء استخدام القواعد العامة للذكورة وما تحمله من أساطير عن الصبية، أما بالنسبة لدورنا باعتبارنا معالجين فنتعلم أن نصغي لما يقوله الصبية بصدق في هذه الأيام عن حقيقة الحياة بالنسبة لهم، وما هي العوامل التي تساعدهم على الازدهار في مواجهة المحن (١٥) (١٦).

لقد كانت نتائج هذه الدراسة عن الصبية الأسوياء في حياتهم اليومية مثيرة للانزعاج (على الرغم من ظهور بعض العلامات الإيجابية) (١٦). من المنطقي بعد صياغة النتائج أن يكون تعليقنا أنها كشفت أنه على حين يظهر الصبية على السطح أنهم في

(1) Pseudo resilience.

أحسن حال فتحت هذه العنترية الظاهرية التي يسميها الكاتب قناع الذكورة(١) كثير من الصبية الذين نفترض بناء على مؤشرات خارجية أنهم في أحسن حال هم في الواقع في أزمة نمائية ووجدانية. وسوف نناقش بالتفاصيل ما أظهرته هذه المرحلة الأولى للدراسة:

- يشعر الصبية بصراع عميق حول ما يتوقع منهم في المجتمع الأمريكي (عن السلوكيات والاتجاهات التي تعكس الذكورة السليمة).

- كلما تقدموا في النمو تفاقم الصراع الداخلي الذي يستشعره الصبية حول الذكورة، فيشعرون أنهم مضطرون لإخفاء هذا التشوش بأن يبدوا ثقة بالنفس أكثر مما يشعرون في الحقيقة. (شعور بتقدير ذات مزيف يؤدي إلى مزيد من الحزن).

- لدى الصبية هموم شديدة عن مستقبلهم باعتبارهم رجالا، ويرون الرجولة مليئة بعمل غير مجز، وانعزال عن الأصدقاء والأسرة، وعدم السعادة، وخيبة الأمل.

- على الرغم من المظهر الخارجي الذي يبدونه أنهم منشرحون وراضون، فكثير من الصبية في كل الأعمار لديهم شعور عميق بالوحدة والاغتراب والانفصال عن الكبار.

- في عينة البحث كشف الصبية عن مشاعر قبشعورية طاغية بالقلق والوحدة واليأس وجميعها، كما اقترحت في بحث سابق مظاهر لصدمة الانفصال المبكر عن الأم والأب(١٣) (١٤) (١٥). معظم الصبية أظهروا مخاوف شديدة مرتبطة بحياتهم حين يصبحون رجالاً وخاصة الخوف من التزامات مبالغ فيها في العمل، والانفصال عن الأصدقاء والأسرة.

رغم أن هناك مئات من الاستجابات التي تم تحليلها وتصنيفها في هذا البحث (١٥)(١٦) ولكننا سوف نورد فيما يلي ما يحقق هدفنا في إعادة النظر في الحاجة إلى نظرة جديدة للصمود النفسي لدى الشباب ونستمع إلى صوت هاميلتون فيما يتعلق برؤيته لصبية حين يصبحون رجال المستقبل.

(1) Mask of masculinity.

هذا الرجل ضاق بعمله ولا يريد أن يتعامل معه ولا مع أسرته بعد الآن، أنه يفكر كيف كانت تبدو حياته لو أنه لم يتزوج، كما يفكر فيما يضيع منه بسبب عمله طول الوقت. يتمنى لو أنه ترك كل شيء وأصبح بمفرده يلهو كما يريد. ولكن عليه أن يعمل ٢٥ سنة أخرى يكرهها ثم يتقاعد. سوف يتركه الأبناء وسوف يتبين أن حياته كانت خاملة وكئيبة. سيكون كبيرًا في ذلك الوقت، وماذا يفعل أو يظهر إزاء كل هذا؟ ليس بالكثير؟

إن عدد الأولاد الذين عبروا عن مستقبلهم باعتبارهم رجالا بصورة إيجابية ومشاعر متطلعة للمستقبل عدد ممكن تجاهله، وكذلك كانت نتائج مقياس بك للاكتئاب وإن لم يعكس مستوى مرتفعًا للاكتئاب، إلا أنه يعكس ارتباطًا متزايدًا بين الحزن والاكتئاب من ناحية ومقياس كوبرسميث لتقدير الذات من ناحية أخرى لدى عينة الصبية ذوى التقدير المنخفض للذات، كما ارتبط الاكتئاب لدى الصبية الذين يشعرون بالانضغاط للقيام بالأدوار التقليدية المتصلة بالذكورة والجنس، كما تقيسها أسئلة مقياس[1] بلك للاتجاهات نحو دور الذكور.

هذه النتائج عن الصبية غير عادية في أدبيات البحث السيكولوجي على عينات الأسوياء، لقد عبر الصبية في هذه الدراسة عن مشاعر الألم العميقة الطاغية لأن الدراسة استخدمت مقاييس نفسية مصممة لقياس الحالات الوجدانية القبشعورية، وهي الحالات التي يتجنب الصبية إظهارها في الإطار الاجتماعي، وإذا وجهت لهم أسئلة مباشرة وخاصة في وجود زملائهم فلن يعبروا عن مشاعر الحــزن أو الخوف أو العزلة التي كشفت عنها هذه الدراسة.

لأن الصبية يشعرون بالخزى من المشاعر المؤلمة التي تحيط بالانفصال الوجداني المبكر (قبل الأوان) عن آبائهم، وكثيرًا ما يكونون موضوعا للسخرية وسوء المعاملة إذا ما عبروا صراحة عن الاعتمادية أو الاستهداف للخطر، فكثير منهم يشعر أنه مدفوع

(1) Pleck's Male Role Attitude Sccle.

لإخفاء هذا الخزى فيستبدل به مظهرا مزيفا من الثقة والعنترية، الفرض الثاني في هذه الدراسة قد يكشف تعبيراً خفياً عن انخفاض تقدير الذات وقد يرتبط تقدير الذات بالاكتئاب. وعلى الرغم من أن الصورة العامة لا تشير إلى انخفاض درجات تقدير الذات، إلا أن هناك ارتباط بين الدرجات المنخفضة لتقدير الذات وارتفاع معدلات الاكتئاب، وكذلك بين السن وتقدير الذات الإيجابي المزيف، حيث ترتفع معدلات التقدير الإيجابي المزيف لدى الصبية الأكبر، وهذا يشير إلى أن اقتراب الصبية من الرجولة يرتبط بتزايد شعورهم بالتشوش والخلط نحو أنفسهم، هل هم ذكور بمعنى الكلمة؟ وما مدى تقبل زملائهم لهم؟ ولأن هذه المشاعر تتزايد في شدتها وتكرار الإحساس بها أثناء المراهقة، فإن الصبية الأكبر يعكسون شخصية يبدو فيها المرح والثقة والتطلع، على حين أنهم في الحقيقة لا يشعرون بالسعادة ولا باليقين ويخافون المستقبل. هذا لا يعني أن الصبية يعانون من تناقص تقدير الذات مع تقدم العمر، ولكن يبدو أنهم كلما تقدموا في العمر، زاد الضغط عليهم وشعروا أن عليهم إخفاء إحساسهم بعدم الأمان وبالاستهداف للخطر فيقوى القناع الذي يضعونه، فقد كشفت الدراسة أن عدداً ممن يتبنون فكرة أن من يتكلم عن مشكلاته يفقد الاحترام تتزايد بصورة دالة بين الصبية الأكبر.

يتركز الخوف الرئيسي لدى الصبية في الذكورة، وكان فرض الدراسة الخاص بهذه الفكرة أن الصبية سوف يعبرون عن التناقض الوجداني فيما يتعلق بالمستقبل حين يصبحون رجالاً، وما يتعلق بتوقعات المجتمع منهم باعتبارهم رجالا.

وقد تحقق هذا الفرض في أجزاء كثيرة من البحث، لقد اتخذ الباحث خطوة غير عادية حيث طبق مقياسين في نفس الوقت هما مقياس كنج وكنج[1] تساوي الأدوار بين الجنسين، ومقياس بلك[2] الاتجاه نحو دور الذكور، مما مكن الباحث أن يكشف عن أن الصبية يحملون مبادئ وأفكار تقدمية وتقليدية في آن واحد عن الرجال وعن الذكورة.

(1) King and king's sex Role Egalitarianism scale.

(2) Pleck's Male Role Attitude scale.

فقد نشأ صبية اليوم ليس فقط على الانصياع للمبادئ التقليدية عن الذكورة والرجولة، وإنما يتوقع منهم أن يأيدوا مبادئ جديدة عن المساواة بين الجنسين، وهذه الثنائية في التوقعات يمكن تسميتها ثنائية المعايير الذكورية، حيث بدا أن كثيراً من الصبية في هذه الدراسة مشوشون أمام حل هذه الصراعات الكامنة في هذه المبادئ والتوقعات المتنافسة، إن درجات الأولاد على هذين المقياسين المتعارضين ترتفع مع تقدمهم في السن، وكما ذكرنا سابقًا كانت هناك معاملات ارتباط بين درجات الأولاد ذوى التوقعات الذكورية التقليدية على مقياس بلك، ومن لديهم درجات مرتفعة على الاكتئاب وبالتالي لديهم تقدير ذات منخفض.

من العدل إذن أن نخلص مما تقدم ومن نتائج البحث بصفة عامة إلى أنه كلما تقدم الأولاد في السن، فإنهم يشعرون بتزايد الضغوط الاجتماعية التي لا يستطيعون الكلام عنها، كما يشعرون بضغوط متزايدة للاعتراف بالمساواة الاجتماعية للبنات والإناث، كما أنهم يشعرون أن عليهم أن يخفوا عواطفهم وأن يظلوا صامتين وأن يتصرفوا بخشونة وبهدوء وأن يستوفوا كل متطلبات الذكورة التقليدية، ومع تصاعد الضغوط والتشوش، يبدأ الأولاد يعجبون عن حقيقة ذاتهم، ويخشون رفض الآخرين لهم ويشعرون أن عليهم أن يحرفوا ما يقولون وما يفعلون حتى يراهم الآخرون أقوياء واثقين من أنفسهم .. وذكور. كما يبدو أن قلقهم يتزايد كما يتزايد توجههم عما يحمله لهم المستقبل – معظم أفراد العينة يربط بين تصور نفسه رجلا وبين توقعات سلبية، تحمل عمل شاق ووحدة، واكتئاب وفقدان الحب، وللأسف فبدلاً من التعبير عن خوفهم وعدم شعورهم بالسعادة بصورة مباشرة فإن معظم الأولاد يتجلدون أمام هذه المشاعر، هذا الجلد أو هذه الخشونة قد تؤدي إلى أعداد متزايدة من الصبية ممن يعانون من الاكتئاب ويشعرون أن عليهم أن يكذبوا فيما يتعلق باحترامهم لذاتهم كلما تقدموا في السن.

هناك بعد مهم لم تتناوله هذه الدراسة في المرحلة الأولى وسوف تتناوله في المرحلة التالية لأهميته، وهو خاص بمدى وعي الآباء والمعلمين والنفسيين بالإحساس

بعدم السعادة والخوف والقلق الذي يشعر به من نعتبرهم أولاد أسوياء، إن تجلد الأولاد وإخفاءهم لمشاعر الألم والتعرض للخطر من ناحية، ولأنهم ممكن أن يكذبوا فيما يتعلق بمشاعرهم وإدراكهم لذاتهم من ناحية أخرى فقد فشل كثير من الإكلينيكيين في سماع أصواتهم، وأفكارهم، ومشاعرهم الحقيقية الصادقة، معظم الألم الذي يشعرون به وهو خطير قد يظل لا يلاحظه أحد، ليس فقط ممن يحيطون بالصبي وإنما أيضًا من الإكلينيكيين.

يجب ألا يتكلم الأولاد عن آلامهم، قد يقولون كما قال "كام" وهو في السادسة عشرة من عمره والذي لم تعد صديقته تحبه: عليك أن تكتم هذا داخلك، لا تخبر به أحدًا، فلتشعر بالألم داخلك، وبعد فترة من الزمن وكأنه اختفى (إنه لعبء شديد أن تشعر أنك وحيد) أو كما قال "جاسون" إذا حدث لك شيئًا ما عليك أن تقول: "الأمر بسيط" حتى لو تسبب لك في ألم شديد وحين تكون قصة مؤلمة كوفاة والد صديقيك فاذهب إليه واحتضنه» (أما إذا كانت أي شيء أقل من ذلك فلا تعبر عنها وحين تعود إلى منزلك يمكنك أن تبكي لوحدك).

لا ندعي أننا نستطيع أن نستبعد الألم من حياة الأولاد والمراهقين، ولكن ممكن أن نقلله بأن نعطي الأولاد الفرصة أن يتكلموا عنه دون إحساس بالخزى. في الخطوات التالية لهذا البرنامج البحثي سوف نتحول إلى التدخل لقياس ما يحدث من تغير في الرفاه النفسي للأولاد حين نعطيهم الفرصة أن يرتبطوا بآخر يتفهم باعتباره صديقا، أو بالوالدين أو بالمعلم أو بالاختصاصي النفسي، في سياق يخلو من الخزى(١) وقد تحقق لي هذا النموذج مع زملائي في نموذج "القول والفعل(٢) (٤) (١٥) (١٧) (١٨) (١٩) أعتقد أنه تبعًا لما ورد في بعض البحوث التي تناولت هذا المجال (٢٠). إن الفرصة للارتباط والتعبير الصادق عن الانفعالات سوف تؤدي بالأولاد للشعور بثقة أكبر بالنفس، وإحساس واضح بالذات، وبتراجع الخوف وبإحساس أكبر بالسعادة والتفاؤل والنجاح الشخصي.

---

(1) Shame-free Zones.

(2) Action talk.

لقد وفرت لنا المقابلات الفردية التي أجريت على الصبية ضمن الدراسة بيانات أولية تتفق مع هذه النظرية. فقد تمكنا من خلال ابتعاد الأولاد عن ضغوط الأقران، والتحدث معهم بتعقل وصراحة وفوق ذلك الإصغاء لهم بصبر ودون إصدار أحكام على ما يقولون، تمكنا من إظهار أصوات تعكس الرقة والاهتمام والحب من أفراد عينة الدراسة. كما أكدنا سابقًا تكلم الشباب عن أهمية العلاقة والصداقة بالبنات والأولاد، ومدى حرصهم على الحفاظ على هذه الصداقات، كما تحدثوا عن الدور المهم الذي يلعبه الآباء والجدود والأخوة الأكبر في توجيههم نحو مرحلة الرشد.

يذكر كورتيس وهو في السادسة عشرة من العمر وقد نشأ في كنف أمه بعد طلاقها من أبيه، ويذكر أنها مثله الأعلى وملهمته فيقول: "أمي كل شيء في حياتي، لقد ضحت كثيراً من أجل أن التحق بمدرسة جيدة، وساعدتني على أن أهتم بالفن وهو ما يساعدني على الاستمرار في الحياة، وأمل أن يكون مهنتي في يوم ما. لقد فتحت لي أبوابًا كثيرة، فكل الفرص المتاحة لي الآن بسببها".

لقد وجدت الدراسة أن وراء قناع الذكورة وراء ادعاء الصلابة أمام الخزى وتضخم الثقة بالنفس، هناك صبية يسعون للتواصل، ويهتمون بعلاقاتهم بالأصدقاء والأسرة ولديهم حساسية هائلة لحاجات الآخرين الوجدانية، وانتهت الدراسة إلى أننا إذا أظهرنا تفهمنا للصبية فسوف يعيدونه إلينا مضاعفًا وسوف ينضمون لصفوف الراشدين الصامدين فعلاً.

نماذج جديدة لصمود الشباب:

لقد سمحت بعض نتائج هذه الدراسة للصبية أن يتكلموا على تلك الجوانب من حياتهم التي سمحت لهم أن يخرجوا من خلف قناع العنترية المزيفة، وأن يرتبطوا بالآخرين بل ويلتحموا بمشاعر عريضة بداخلهم. وبدأ الأولاد يتكلمون عن علاقات لنموذج صمود ذكوري يتميز بالأصالة والاعتماد المتبادل، نموذج لميثاق الذكورة يقاوم

الضغوط المجتمعية للاستقلال المزيف (والكفاءة الذاتية الكاذبة) ويضع الترابط والتعبير عن مشاعر الاستهداف للخطر في بؤرة الاهتمام، وتتكون المكونات الرئيسية للنموذج من الصداقات بين نفس الجنس والجنس الآخر والتفهم والحب وإشراف الوالدين والارتباط بالغير.

الصداقة :

على الرغم من أن كثيرا من الصبية يؤكد على مشاعر الوحدة والانفصال عن الآخر، فقد عبر غيرهم عن أهمية الأصدقاء المقربين، أصدقاء يمكن الاعتماد عليهم، (ينطبق هذا على البنات) المركز الاجتماعي للفتى يتأثر بدرجة كبيرة بنوعية صداقاته واستمرارها. حين سئل الأولاد الأكبر سناً (١٥ سنة مما فوق) عن النصيحة التي يعطونها للأولاد الأصغر كانت إجابة ١٠٠٪ من الأولاد تتناول الإلحاح على الأولاد الأصغر أن تكون لديهم صداقات خاصة، وأصدقاء موضع ثقة ويحافظون عليهم.

عليك أن تعقد صداقات حميمة منذ صغرك لأن من حولك يثيرون مشكلات كبيرة ويتكلمون عنك كثيراً، فإذا كان لديك صديق جيد فلن يستمع لهذه التفاهات، قد يكون لك عدد صغير من الأصدقاء ولكن الصديق الجيد صديق قوي.

- لا تدع أحد يسيطر عليك، تول أمر نفسك، وكون صداقات كثيرة.
- لا تضيع وقتك مع من لا يستحق، لا يمكن أن تكون محبوبًا من الجميع، تخير أصدقاءك بحكمة.
- كون صداقات وحافظ عليها.
- كون صداقات مع جماعات مختلفة، فقد ساعدني هذا كثيراً، عليك أن تعرف حقيقة الناس.
- لا تتورط مع الأشخاص الخطأ، واحترم أصدقاءك، فهم سند لك، إذا خسرتهم ستخسر كل شيء.

بالإضافة لذلك كانت ٥٠٪ فما فوق من النصائح حول أن يكون الشخص نفسه، لا ترغم نفسك ولا تدعي ولا تلعب دورًا لا يعبر عنك.

- توجه إلى ما تريده أنت، ولا تكتفي بمحاولة الحصول على حب الآخرين.
- انظر وابحث عن بدائل متعددة، ولا تحبس نفسك فيما يفعله الآخرون ويعتقدون أنه الأفضل. تمسك برؤية بدائل متعددة.

الصداقة الأفلاطونية بالبنات:

من الأسرار المهمة التي كشف عنها المراهقون أن أهم الأصدقاء بالنسبة لبعضهم فتيات، وهذه العلاقات لا تسبق ولا تمهد للعلاقات الرومانسية (وإن كان الراشدون يخطئونها في العلاقات الرومانسية) بل هي صداقة قوية تجلب للصبية إحساسًا بالراحة والتفهم.

- بعض أصدقائي المفضلين بنات - إنهن يستمعن، نتكلم كثيرًا.. ليس بيننا علاقة جنسية.. إنها كأختي أو أقرب.
- كلانا يحب أفلام المصارعة. ولذلك تأتي صديقتي لنشاهدها معًا ونحب نفس الموسيقى.. إنها صديقتي فعلاً.
- نتكلم مع البنات ونناقش مشكلاتنا. ويستريح كل منا للآخر.
- على مر السنوات الماضية، كونت صداقات مع البنات، البنات لهن وجهة نظر ورؤية تختلف عن الأولاد، أحيانًا يكونن أكثر حساسية عند إعطاء نصيحة، حين يعطيك صديقك نصيحة فأنت تحصل على نصف الرؤية، وحين تعطيك صديقتك نصيحة تحصل على النصف الآخر، ولذلك حين تحصل على نصيحة من الجانبين تحصل على صورة كاملة.

التفهم والحب لدى الأولاد:

عبر الأولاد عن مدى واسع من مشاعر التفهم والاهتمام والاحترام نحو الأولاد والبنات والكبار.

- أعتقد أنه حاضر دائمًا، دائمًا نتكلم معًا ونتبادل حديث لا نبوح به لأحد، ولذلك فنحن قريبون من بعضنا.
- يعرف كيف أشعر دون أن يسألني، ثم يحاول أن يجعلني منشرحًا. هو فعلاً قريب مني.
- حين تكون أمي في حالة سيئة، أشعر بالألم، وأحاول أن أسرى عنها، أنا أدين لها بحياتي، أحب أن أراها سعيدة.

تبين من حوار الشباب أنهم محبون ويهتمون بالغير، ولكن أسلوبهم في التعبير أقرب إلى الفعل عنه إلى التعبير بالكلام مثلاً:

- نحن لا نتكلم كثيرًا، فقط نلعب الكرة، ولكنه يفهمني جيدًا.. هو دائمًا حاضرًا.
- أنا مستعد لعمل أي شيء من أجله، إنه صديقي، وهذا هو معنى الصداقة.
- جذبته من الماء بسرعة وأنقذته، لم لا، أنا أحب هذا الشاب، إنه أفضل أصدقائي.

منتور من الأسرة:

حين سئل الأولاد عمن يعتبرونه أهم منتور أو بطل (من الذكور أو الإناث) في حياتهم ولماذا يعتبرونه كذلك، ذكر ٧٥٪ من الأولاد الأمهات والآباء والأجداد أو الأخوة الأكبر، وذكر أحد الأولاد أن أمه كل شيء بالنسبة له، وذكر آخر أن جده هو البطل الحقيقي في حياته، وأن كل ما يتمناه أن يستطيع أن يكون مثله، وهذا يشير إلى شدة تعلق الأولاد بقيم الأسرة ومدى اعتمادهم على علاقاتهم القوية بها.

في دراسة طولية أجريت في جامعة[1] منسوتا (٢٠) كشفت عن تأكيد لمظاهر الصمود الحقيقية لدى المراهقين، حيث أوضحت النتائج أن فرصة التواصل بالراشدين والتعبير الوجداني الصادق يؤدي بالأولاد إلى مزيد من الشعور بالثقة في النفس، وإحساس واضح بالذات، وشعور عام بالسعادة والتفاؤل والنجاح الشخصي.

أشارت نتائج دراسة مسحية قومية (٢٠) أجريت على ١٠٠,٠٠٠ مراهق من الصفوف ٧-١٢ إلى أن السياق الاجتماعي هو الأقوى تأثيراً على سلوكيات المراهقين ليس فقط مع الزملاء ولكن أيضًا مع الأسرة بصفة خاصة، في وظيفتها المهمة في توفير علاقات حانية بالراشدين في سياق مستقر. وتبعًا لما ورد في الدراسة فالارتباط بين الوالدين - الأسرة يؤثر تأثيراً كبيراً على مستوى الضغط الانفعالي ومستوى الاكتئاب والميل للانتحار وتعاطي المواد المخدرة والكحوليات وحتى في مدى التورط في العنف الذي يعاني منه المراهقون. كما كشفت الدراسة عن عوامل مهمة تؤثر في هذه السلوكيات مثل مدى وجود الآباء مع المراهق أثناء اليوم، وما إذا كانت توقعاتهم لأدائه المدرسي مرتفعة أو منخفضة. ولكن هذه العوامل يتراجع تأثيرها أمام عامل الترابط، ويتضمن هذا الترابط تبعًا للدراسة الاقتراب من الأم والأب والإحساس باهتمامهما ورعايتهما، وكذلك إحساس المراهق بأنه محبوب ومرغوب فيه من قبل أفراد العائلة. إذا كان لأحد الآباء حضور إيجابى في الأسرة يكون لدى المراهقين عوامل واقية مضاعفة للمحافظة على صحتهم ورفاههم، حيث إن شعور الأطفال بالحب والاهتمام من الوالدين يرفع عوامل الوقاية إلى أربعة أضعاف، وإذا شعروا بالارتباط براشد في بيئة المدرسة يصغي لمشكلاتهم، تتضاعف عوامل الوقاية أربعة أضعاف، ويعد عامل الوقاية مقياساً حقيقياً للصمود الحقيقي.

إن التصور الحديث لقضية الوراثة والبيئة يدعم الفرض الخاص بأن الأولاد مثل البنات يحتاجون سياقًا يتسم بالترابط وبناء العلاقات حتى يتمكنوا من "امتصاص"

(1) University of Minnesota National longitudinal study on Adolescent Health.

خصائص الحب ممن يرعونهم ويحولونها إلى إحساس صمود بالذات. يشير علم النفس العصبي الحديث إلى أن التفريق بين الوراثة والبيئة تفريق زائف، فالبيئة الداعمة في تربية الأطفال التي تثير القوى البيولوجية الكامنة في الاستعدادات البيولوجية لدى الأولاد وهي جبلية[1] للتواصل أنه هذا الحب، الذي يغذي الترابط وهو ما يجب علينا نحن الكبار أن نوفره للأولاد، وذلك لتدعيم الكوامن البيولوجية لهذا النموذج الذكوري من الصمود النفسي.

في دراسة نيورولوجية (١٥) تبين أن قدرة الطفل على التفكير والضحك والحب والكراهية والتحدث كلها نتاج التفاعل مع البيئة. إن الخبرات الحسية كالتلامس تستثير نشاطًا في المخ ونموًا في البناء العصبي. إن الترابط الوجداني هو الحاجة الأساسية لنمو الأطفال ونؤكد هنا على الأولاد، وأعتقد أن على الكبار أن يوفروه للأولاد وهذا ما يحتاجه الأولاد من أجل صحتهم ومن أجل بناء الصمود النفسي.

> الفكرة أن الإنسان يولد لكي يكوّن ارتباطات، إن نمو أدمغتنا (المخ) مصمم على أساس النمو في الوجود مع الآخر أو التواصل مع الآخر، من خلال التواصل الوجداني قبل نطق الكلمات، إذا سارت الأمور بما لا تشتهي السفن فسوف ترى بذور المشكلات النفسية وصعوبة المواجهة والتوتر في العلاقات الإنسانية وفيما بعد سوء استخدام المواد المخدرة.

هناك تأكيد يتزايد مع الأيام على أنه بصرف النظر عن الفروق المزاجية أو الاستعدادات البيولوجية، فإن من يقومون بالرعاية في منظومة مساندة لا يؤثرون في الشخصية فقط، بل إنهم يؤثرون من خلال التأثير المباشر على النمو العصبي. الارتباطات التي تتكون داخل نشأة داعمة في سياق داعم من الكبار تؤثر على الأولاد الصغار من خلال بناء المخ المتنامي، ويحدث تنظيم ذاتي للمخ المتنامي داخل سياق العلاقة بالآخر، بمخ آخر، هذا السياق العلاقاتي يمكن أن يكون ميسرًا أو معوقًا للنمو،

(124) Hard-wired.

وهكذا تطبع على المخ الأيمن النامي إما الصمود في مواجهة الاضطرابات السيكاترية في المستقبل أو الاستهداف لخطر الإصابة بالاضطراب النفسي (٢١).

الخاتمة :

حين نستطيع أن نكشف عن قناع العنترية المزيفة و الصمود الكاذب لدى الأولاد من خلال الترابط والتفهم خاصة مع الراشدين الذين يقدرونهم، نكون قد بدأنا إحداث تغيير في الأجيال القادمة حين تفضح الزيف في نموذج الانفصال من أجل الصحة النفسية للأولاد الأسوياء، وحين يمكن التعبير عن مشاعر الحب والتعرض للخطر دون الخوف من العار أو الاستهزاء، بل في سياق يتسم بالترابط الوجداني الإيجابي، وحين يصبح الأقران أصدقاء حقيقيين وليسوا متنافسين، هنا سوف يبدو الصمود لدى الأولاد ناصعًا وواضحًا، إذا أنصتنا للأولاد وأعطيناهم الفرصة للتعبير عن أنفسهم فسوف يظهر نموذج جديد للصمود الذكوري وسوف يتحرر الأولاد من القوالب الوجدانية المفروضة عليهم الخاصة بالرزانة، هنا نهزم ميثاق الذكورة. وسيعود الأولاد إلى العلاقات الصحية حيث الاعتماد المتبادل بينهم وبين الآخر. وهو ما يشتاقون إليه وهو ما يجب أن نوفره لهم، وقد آن الأوان ويجب ألا نترك هذه اللحظة تتسرب من أيدينا.

إذا لم أرع نفسي، فمن الذي يرعاني، ولكن إذا كنت أرعى نفسي فقط؟ فمن أكون؟ إذا لم يكن الآن، فمتى؟ حقًا إن التوجه نحو نموذج جديد وصادق للصمود للأولاد والرجال إذا لم يكن الآن فمتى؟

REFERENCES

1- Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children*. New York: Contemporary Books.

2- Carey, B. (2003, March 31). Shaping the Connection. *Los Angeles Times*.

3- Conlin, M. (2003, May 26). The new gender gap. *Business Week*, 74–82.

4- Fein, R., Vossekuil, B., Pollack, W., Borum, R., Modzeleski, W., & Reddy, M. (2002). *Threat assessment in schools: A guide to managing threatening situations and to creating safe school climates*. Washington, DC: U.S. Department of Education & U.S. Secret Service (National Threat Assessment Center).

5- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

6- Gilligan, C., Lyons, & Hanmer, T. (1990). *Making connections: The relational worlds of adolescent girls at Emma Willard School*. Troy, NY: Emma Willard School.

7- Jordan, J. V. (1990). *Courage in connection: Conflict, compassion, creativity*. Work in Progress No. 29. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

8- Levant, R. F. (2001). The crises of boyhood. In G. R. Brooks & G. E. Good (Eds.). *The new handbook of psychotherapy and counseling with men* (pp. 355–368). San Francisco: Jossey-Bass.

9- Levant, R. F., & Pollack, W. S. (Eds.). (1995). *A new psychology of men*. New York: Basic Books.

10- Majors, R., & Bilson, J. M. (1992). *Cool pose*. New York: Simon & Schuster.

11- Poe, M. (2004, January–February). The other gender gap. *Atlantic Monthly*, 293, 137.

12- Pollack, W. S., & Levant, R. F. (Eds.). (1998). *New psychotherapy for men*. New York: Wiley.

13- Pollack, W. S. (1995a). No man is an island: Toward a new psychoanalytic psychology of men. In R. Levant & W. Pollack (Eds.). *A new psychology of men* (pp. 33–67). New York: Basic Books.

14- Pollack, W. S. (1995b). Deconstructing disidentification: Rethinking psychoanalytic concepts of male development. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 12(1), 30–45.

15- Pollack, W. S. (1998). *Real boys: Rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York: Random House (1998)/(paperback) Henry Holt (1999).

16- Pollack, W. S. (1999). The sacrifice of Isaac: A new psychology of boys and men. *SPSMM Bulletin*, 4, 7–14.

17- Pollack, W. S. (2000). *Real boys' voices*. New York: Random House/(paperback) Penguin (2001).

18- Pollack, W. S. (2001). *Real boys workbook*. New York: Random House.

19- Pollack, W. S. (2003). Relational psychotherapy for young adult males. *Journal of Clinical Psychology (In Session)*, 59, 1205–1213.

20- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J. et al. (1997). Protecting adolescents from harm. *Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823–832.

21- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and the self*. New York: W. W. Norton.

الفصل السادس

الصمود التواصلي لدى الفتيات

جوديث جوردان

هذا الفصل له توجه نظري فى الأساس إلى جانب اهتمامه بعرض البحوث الحديثة حول الصمود والجندر. يعرف التوجه النظري الذي نقدمه بالنظرية التواصلية الثقافية[1] والاعتقاد الأساسي في هذا التوجه أن كل النمو النفسي يتم من خلال علاقات، وأن الخروج من العلاقات (عدم الاتصال المزمن) والعزلة هي مصدر كثير من المعاناة النفسية. الابتعاد عن "الذات الانفصالية"[2] باعتبارها نموذج للنمو، تشير RCT إلى أن الصمود لا يكمن في الفرد وإنما في القدرة على التواصل والارتباط. وسوف نقدم في هذا الفصل نموذج RCT يعرف بالنظرية التواصلية الثقافية. ويعد التفهم[3] المتبادل، والتمكين والشجاعة هي اللبنات الأساسية في بناء الصمود. رغم أن هذا الفصل يسعى لتوضيح أهمية الصمود بالنسبة للفتيات، فإنه يرى أن الترابط الذي يدعم النمو هو مصدر الصمود بالنسبة للإناث والذكور.

يعرف الصمود بأنه القدرة على استعادة التوازن والخروج من الصعاب، وإدارة مواقف المشقة بكفاءة ، وتحمل الضغوط المادية والنفسية دون التعرض لخلل في

(1) Relational - cultural theory (RCT).

(2) Separate self.

(3) Empathy.

الوظائف أو عجز في الأداء (٣) (١٦) (٢٧)، يوصف الصمود بصفة عامة باعتباره (١) تحقيق الأطفال المعرضين للخطر لنواتج جيدة (٢) الحفاظ على الكفاءة لدى الأطفال في ظروف المشقة (صعبة) (٣) التعافي من الصدمات (١٦) (٣١). هذه النماذج ترى الصمود كامناً في سمات الفرد كالمزاج، والصلابة (٢٨)، وتقدير الذات (٤) (٤٥)، واعتبار أن المزاجية والصلابة متغيرات فطرية فسيولوجية. من الجدير بالملاحظة أن بحوث الصلابة التي تؤكد على الالتزام والانضباط كانت تجري على مديرين تنفيذيين من البيض من الطبقة المتوسطة الذكور (أو العليا) ثم تعمم على البشر (١٦)، وعلى عكس هذه النتائج يصف بعض الباحثين (٤٩) الصمود من خلال الممارسات التواصلية وليس من خلال سمات داخلية، وهي التي تسهم في بناء الصمود لدى الأم الملونة الأمريكية التي تعتمد على الدعم الاجتماعي. إن وجهة الضبط الداخلية خاصية شخصية ترتبط بالصمود (٣١) فالأطفال الذين يتحملون مسئولية نجاحهم وفشلهم لديهم وجهة ضبط داخلية(٤١).

ونادراً ما يؤخذ تأثير الجنس (الجندر) أو السياق (البيئة) في الاعتبار عند دراسة الصمود، كما أن قضايا الانضباط والقوة تنتزع من سياقها، وخاصة بتجاهل الاعتراف بواقع التمييز العنصري، والتمييز الجنسي وغيرها من متغيرات التمييز والتميز الاجتماعي التي تؤدي إلى تهميش أشخاص بعينهم فيفقدون القوة ويفقدون التحكم. قد يعيد المنحى السياقي النظر في مفهوم التحكم الداخلي، وينظر إلى ارتباط الفرد بعلاقة تتسم بالتفهم المتبادل باعتبارها المصدر الأهم للصمود، على الرغم من أن المساندة الاجتماعية متغير مستقر في دراسات الصمود، فإنه يدرس باعتباره عملية ذات اتجاه أحادي حيث إن فردا ما يساند فرداً (٥٢) آخر، إن الدراسات التقليدية في دراسة علم النفس الغربي للسمات الشخصية والخصائص الداخلية تنطلق من منظومة "الذات الانفصالية" حيث ينظر للانفصال باعتباره أوليًا، والارتباط بالآخر باعتباره ثانويًا. فما هو داخل الفرد كالسمات والبناء النفسي الداخلي - ينظر له باعتباره المحدد الأساسي في رفاه الفرد وتوافقه ولكن هناك دراسات ونماذج في النمو تتحفظ على هذا التحيز للذات المنفصلة(٢٦).

في دراسة ضمت ١٢٠٠٠ مراهق تشير النتائج إلى أن عامل التنبؤ الوحيد والأفضل في مقاومة السلوك الخطر مثل العنف، وسوء استخدام المخدرات، والانتحار، هو الارتباط بعلاقة جيدة براشد باعتباره مدرسا أو والدا، أو منتور (٣٨) (٣٩). الارتباط بالغير يقوي الأطفال، ومن هنا فإن الارتباط الذي يدعم النمو يقع في جوهر الصمود ويجدر بنا أن نتناول عاملا آخر هو المقاومة، وهذا يشير إلى أهمية عوامل السياق في الصمود. ويقصد بالمقاومة القدرة على مقاومة الرسائل الهدامة الساحقة الخاصة بالتمييز على أساس الجنس أو العرق سواء كان مصدرها المجتمع الأسري أو المجتمع الأكبر (٥)، على الرغم من أن المفهوم من الصمود لا يتضمن المقاومة بالضرورة (بالنسبة للجماعات الهامشية كالإناث والجماعات الأقل قوة في المجتمع، أو الملونين) فإن القدرة على مقاومة التأثير الضار المثير للارتباك الذي يقع عليهم نتيجة لأنهم هامشيون والذي يضيف إلى كونهم هامشيين قدرة حاسمة ولازمة. فيRCT المؤشر الأساسي للنمو النفسي هو القدرة المتنامية على التواصل والارتباط القوى بالآخرين (٣٤)، فالعلاقات بالآخرين هي جوهر النمو والمقاومة الصحية والصمود. يحدد السياق الاجتماعي أو الثقافي إلى درجة كبيرة أنوا ع العلاقات التي يمر بها أي شخص، وهي بدورها تحدد قدرة الفرد على الاستجابة للمشقة.

النوع (الجندر) :

تتشكل معظم نماذج نمو الأطفال بفكرة التقدم نحو مزيد من الاستقلالية (الأتونومية) والانفصال. تنص الخرافة الثقافية (أن تقف بمفردك، البطل الوحيد، الفرد المؤكد لفرديته المستقل، الانفصالي، الأوتونومي) وهكذا يعتبر الصمود كسمة أو مجموعة من السمات الداخلية. الفرد الصامد الوحيد الذي يتعافى من آثار بيئة قاسية. إن مهمة التنشئة الاجتماعية في هذا النموذج أن تحول الطفل المعتمد ليصبح منفصلاً ومستقلاً حين يكبر. وتنطبق هذه المعايير على كل الأطفال وخاصة الذكور.

لاحظ بولاك (٣٧) أن ميثاق الذكور يدفع بالأولاد نحو التطرف في الفردية، والخشونة، والانفصال. ويشجع الرجال على إنكار مشاعر الضعف أو العجز، إن التنشئة الاجتماعية والتي أساسها الخزى للذكور توجههم ليكونوا أقوياء في السيطرة، ولا يسلمون ولا يظهرون التعرض للخطر ولا يظهرون إلا قدراً محدوداً من الانفعالات (كالغضب)، وتتضمن معايير النضج الاستقلالية، والاعتماد على الذات والأتونومية، هذه العلامات المحددة للنضوج والنجاح والقوة لا يمكن تحقيقها حيث إننا كائنات جبلنا على التعاون المتبادل. هذه المعايير الموغلة والمبالغة في الفردية تخلق المشقة والخزى والألم الشديد لدى كل من يتأثر بها. أكثر من ذلك أن هذه النماذج تغفل أهمية الارتباط بالآخرين كما أنها تغفل دور قضايا الهوية الاجتماعية كالعرق والجنس في بناء الصمود.

وفيما يتعلق ببعض قضايا الجندر يعتبر العجز (المتعلم) المكتسب[١] عاملاً يسهم في اعتلال الصحة النفسية باعتبارها إحدى النتائج السيئة، كما يعتبر التفاؤل عاملاً يسهم في الصمود والنتائج الإيجابية (٤٧) ومع ذلك فإننا نرى أن الجنس ذكر / أنثى يلعب دوراً مهما في بناء استراتيجيات المواجهة التفاؤلية أو التشاؤمية. (٧) إن توقعات الإناث للأداء في المستقبل يتأثر بخبرات الفشل في الحاضر والماضي أكثر من خبرات النجاح (٨). كما أن الإناث يعزون الفشل لعوامل داخلية والنجاح لعوامل الصدفة أو غيرها من العوامل الخارجية، في حين أن الذكور يعزون الفشل لعوامل خارجية والنجاح لعوامل داخلية. ويلوم الإناث أنفسهم أكثر من الذكور ولا يعتزون بنجاحهم قدر اعتزاز الذكور. لقد أشارت الدراسات إلى أن التحرر من تحقير الذات عامل وقاية قوي في مواجهة الشعور بالضعف الذي يرتبط بالمشقة. ولكن تقدير الذات مفهوم مركب نشأ في الثقافة الغربية ومن جذورها الذات المنعزلة والمبالغة في الفردية، وتشير الدراسات إلى أن تحقير الذات يسهم في ضعف تقدير الذات، والذي يسهم سلبيًا بدوره في بناء الصمود باعتباره نموذجا النمو (٢٢). في الثقافة التنافسية تكون المقارنة

(1) Learned helplessness.

بالآخرين أساس تقدير الذات (أنا أفضل من.. أنا أقل من) (١٥). إن موقع الفرد بالنسبة لأقرانه وللمعايير المجتمعية هو الفلتر الذي ينفذ من خلاله الحكم على الذات. الجماعات التي تقع خارج التعريفات السائدة لدائرة التميز.. وقد يكون لديها معايير تختلف عما يعتبر موضع التقدير في المجتمع تصبح جماعة محرومة من منظور هذه المعايير السائدة. كالجماعة التي تعبر عن مشاعرها وتستجيب لمشاعر الآخرين في ثقافة تبالغ في تقدير المنطق والاستقلال. ترى (١٨) أننا نفكر في إطار التقدير الاجتماعي[1] ويترتب على ذلك هوية مرتبطة بالجماعة تقدر الاعتماد المتبادل والتواد وهكذا فإن التقدير الاجتماعي، قد يكون أكثر ارتباطًا بالرفاه وحسن الحال النفسي من تقدير الذات خاصة في الثقافات والثقافات الفرعية التي تقدر الجماعة، فشعور الفرد شعوراً إيجابيًا نحو نفسه يعتمد إلى درجة كبيرة على طريقة معاملة الآخرين له، وما إذا كان قادراً على التعبير الصادق عن نفسه للآخرين وما إذا كان ملء النظر والسمع من الآخرين ذوى المكانة.

تشير البيانات إلى أن الإناث أكثر اكتئاباً وأكثر في النقد الذاتي في مرحلة المراهقة من الذكور. لكي تحافظ الفتاة على تكاملها لابد لها أن تقاوم الصفات التي ترسمها الثقافة التقليدية للبنت، ولكي تحافظ على تجاوبها مع الغير لابد لها أن تقاوم القيم المفروضة عليها والخاصة بالاستقلال والاكتفاء الذاتي في الثقافة الأمريكية (١٣) وفي هذه المرحلة تفقد الفتاة ارتباطها بذاتها وارتباطها الصادق الأصيل بالغير. وقد لاحظ الباحثون أن أسلوب الإناث في المواجهة تواصلي يعتمد على العلاقة بالآخر (الحديث عن المشكلات الشخصية مع الأصدقاء، مشاركة مشاعر الحزن) (٢٩) أما أسلوب الذكور فيركز على المشكلات أكثر، أي أكثر أدائية ويعني اتخاذ الإجراءات لحل المشكلات والبحث عن استراتيجيات جديدة. قد تكون المواجهة من خلال التركيز على المشاعر أكثر تواؤمية في مواقف تكون سيطرة الفرد أو تحكمه فيها محدوداً، وتكون المواجهة من خلال التركيز على المشكلة أكثر فائدة حين يكون إحداث تغيير وتأثير أمراً متوقعاً وواقعياً. إن أولئك الذين ليست لديهم القوة أو التحكم إلا بقدر محدود (أعضاء

(1) Social esteem.

الجماعات الهامشية) تنمو لديهم أساليب مواجهة تنصب على الخارج وتنصب على العلاقة بالغير.

من الأفكار الرئيسية في علم النفس الغربي التقليدي مبدأ حارب أو اهرب[1] في مواجهة الضغوط والمشقة هذه المعرفة تنتقل من جيل لجيل وهي تتعقد لدرجة كبيرة مع أسلوب فهمنا للصمود. حيث تشير الدراسات إلى أنه حين نواجه مشقة فإننا إما أن ينشط لدينا السلوك العدواني، أو الدفاعات التي تحمي الذات (الحرب) أو أننا نهرب (نبتعد ونتجنب المواجهة مع ما يعرضنا للخطر. ولكن التحليل الحديث (٥٢) يشير إلى أن كل الدراسات التي أجريت على مفهوم حارب أو اهرب تم إجراؤها على ذكور (فئران وقردة ورجال) عند إعادة إجراء هذه الدراسات على عينات من الإناث لاحظت الباحثة أسلوبًا مختلفًا في الاستجابة للمشقة وهو ما أسميه أظهر ميلاً وكن صديقًا[2]. في أوقات المشقة، تميل الإناث للانشغال في أنشطة مثل رعاية الغير أو عمل شبكة اتصالات أو ارتباطات تحميهم وتحمي الغير من التهديد. تميل استجابة الإناث لبناء علاقات بالغير (٢) في مواجهة المشقة أي تسعى للارتباط والتواصل بالغير. إذ إن الإناث يسعون للمساندة الاجتماعية في أوقات المشقة والشدة ويلجأون للصديقات أكثر من الذكور، وتشير هذه البيانات إلى أن علينا الانتباه لقضايا الهوية الاجتماعية وخاصة الجندر عند سعينا لفهم الصمود.

الصمود التواصلي[3] :

قدم المنظرون في مركز ستون بكلية ويلسلي نموذجًا تواصليًا في النمو والصمود، وكانت نشأة النموذج نتيجة للاستماع للإناث ودراسة حياتهن كما أنه يصلح للتطبيق

(1) Fight or Flight.

(2) Tend and befriend

(3) Relational resilience.

على حياة الرجال أيضًا، معظم النماذج النمائية والكلينيكية متحيزة في المبالغة على التأكيد على الانفصال خاصة الذات الانفصالية، في حين يؤكد نموذج RCT أننا ننمو من خلال الترابط والتواصل ومن أجل الترابط والتواصل، وإن الرغبة في المشاركة في علاقة تدعم النمو هي الدافع الرئيسي في الحياة (٢٤) (٢٦) (٣٤) (٥٠). ويتميز التواصل الداعم للنمو بالتفهم المتبادل والتمكين المتبادل وينتج عنه النتائج التالية: الحماس والحيوية، والشعور بالقيمة، والعطاء، والوضوح، والرغبة في مزيد من الارتباط (٣٤). تنشأ كل العلاقات داخل سياق معين ويشكل الإطار الاقتصادي الاجتماعي الثقافي التواصل والانفصال في حياة الأفراد. ونرى الانعزال باعتباره المصدر الأولى للألم والمعاناة، في مجتمع طبقي ترجع الفروق فيه إلى اختلال القوة (٥) حين تسيطر جماعة ما فتمتلك القوة لتحدد ما له قيمة، فلا تستطيع الجماعات الأقل قوة، إلا أن تتوائم وتسير على قواعد لا تمثل خبراتها الفعلية(٣٣). وهكذا نجد أن الأصالة والتبعية لا ينطبقان، فلكي يستمتع الفرد بالأصالة والعلاقات التفاعلية الداعمة للنمو يجب ألا يكون في وضع متدن أو وضع تابع، إن دور القوة أن تصمت الاختلاف، وتحد من الأصالة وتحدد ما هو جدير بالتقييم.

تفترض النظرية التواصلية الثقافية RCT أن نفكر في الصمود التواصلي باعتباره القدرة على التوجه للارتباط بعلاقات داعمة للنمو بعد التعرض لانفصال حاد أو في وقت الشدة(٢) تشير RCT إلى أن العلاقات التي تقوي الصمود وتشجع النمو تتميز بخبرات ذات طريق مزدوج للارتباط، يتضمن تفهما متبادلا، وتمكينا متبادلا، والاتجاه نحو التبادلية مثلاً، قد نقترح أن الشجاعة الحقيقية والنمو الحقيقي والقوة الحقيقية تتم في إطار سياق تواصلي وليس في حالة عزلة أو توكيدية مستقلة، باختصار الصمود ليس سمة داخلية، إن الثقافة الأمريكية الغالبة لا تدعم الاعتماد المتبادل بين البشر، ولكن هناك حاجة إنسانية لا تقاوم وهي التجاء الإنسان للإنسان سعيًا للحصول على تغذية مرتدة سواء كانت تقديراً وقبولاً أو تصحيحًا للمسار، كما أن الإنسان يساند

ويدعم الآخر من خلال خلق معنى للحياة. كلنا نحتاج إلى استجابة الآخرين لنا طوال حياتنا، وهذا يختلف عن فرد يحتاج المساندة أو التأييد من فرد آخر، كلنا في حاجة أن ننشغل بالآخرين وأن ينشغل الآخرون بنا أو نشارك في علاقات تخلق لكل طرف من أطرافها النمو والارتقاء، إنها التبادلية[1].

نحن نحتاج إلى نموذج تواصلي للصمود يتضمن المبادئ الآتية: (١) المساندة عند التعرض للخطر. (٢) انشغال أو اندماج متبادل يسوده التفهم. (٣) ثقة في العلاقات أو القدرة على بناء علاقات يعتمد عليها. (٤) التمكين المتبادل أو خلق القوة المتبادلة بما يشجع النمو والارتقاء المتبادل. (٥) خلق وعي تواصلي جنبًا إلى جنب الوعي بالذات. يؤكد الصمود التواصلي على تقوية العلاقات وليس زيادة قوة الفرد. (١٦) في هذا النموذج تصبح القدرة على طلب المساعدة صيغة جديدة للقوة، أو يتغير النظر لطلب المساعدة ليصبح تعبيرًا عن القوة. حين نواجه مشقة يزداد تعرضنا للخطر، إن وجود طريق لتحمل هذا الاستهداف أو التعرض للخطر والتوجه أو الالتجاء للآخر هو علاقة دالة على مظاهر الصمود. حيث نبتعد عن الآخرين ونتجه للعزلة أو الانعزال، نكون أقرب إلى الافتقار للمرونة وعالقين في نماذج تتسم بالاختلال الوظيفي. من أجل أن نسعى لطلب الدعم لابد أن يكون لدينا سبب لنقتنع بإمكانية قيام علاقة اعتماد متبادل حيث وجود الفرد في حالة استهداف لا يمثل خطرا، إن علاقة متبادلة يعتمد عليها ولا يسبب التجائنا إليها في حالة التعرض للخطر أي خطر. إذن فجانب من الصمود التواصلي يتضمن إمكانية دعم النمو من خلال علاقة ما أو تفاعل ما.

يتضمن الصمود التواصلي التحرك نحو علاقات تدعم النمو وتدعم القوة المتبادلة في مواجهة الظروف الصعبة أو الخبرات الصادمة وضغوط الاغتراب الاجتماعية الثقافية. إنها القدرة على الارتباط وإعادة الارتباط ومقاومة فك الارتباط. بعض الخصائص مثل المزاج والنمو العقلي وتقدير الذات ووجهة الضبط يمكن إعادة

(1) Mutuality.

صياغتها من منظور التواصل. إن أكبر ما يسهم به المزاج في الصمود هو كيف يضع طفلاً ما في خطر أو يحميه من الخطر في ضوء النتائج التواصلية[1] مثلاً: الطفل الذي يصعب تهدئته يسهم في شعور والديه بالإحباط أو العجز بما يؤدي إلى تجنبه أو إهماله. بالمثل النمو العقلي الذي يظن عادة أنه سمة داخلية محملة بعوامل وراثية أصبح ينظر إليه أو يفسر على أنه يتكون إلى درجة كبيرة في سياق تواصل، إن العلاقات بين الفرد والآخر هي المصدر الرئيسي للخبرة التي تشكل نمو المخ، فيقول(٤٦) "الارتباط[2] الإنساني يخلق الارتباط بين الخلايا العصبية".

ويمكن النظر لتقدير الذات من منظور السياق من خلال مفهوم الثقة التواصلية[3] (٢٥) فبدلاً من تأكيد النظر إلى الذات وتقديرها. نرى أن القدرة على بناء علاقة داعمة للنمو تقوى الثقة في ارتباطنا بالآخرين قد تكون متغيراً أكثر أهمية باعتبارها موضوعا للدراسة من دراسة تقدير الذات باعتبارها سمة داخلية. وبالمثل فإن وجهة الضبط الداخلية والتي تعرف بأنها أحد مصادر الصمود يمكن فهمها بصورة أفضل حين نضع في اعتبارنا السياق، في ثقافة تثمن التحكم واليقين يستطيع أن نفهم السبب في اعتبار وجهة الضبط متغير أساسي، أشارت البحوث إلى أن وجهة الضبط تتأثر بالسياق الثقافي والقوة الفعلية التي تمارسها جماعة ما أو فئة ما في هذه الثقافة. فيمكن النظر إلى وجهة الضبط باعتبارها قدرة الفرد على التأثير في خبراته وفي بيئته وفي علاقاته بالغير(١٦).

إن المساندة الاجتماعية عامل حيوي في الصمود، حيث تعتبر المساندة الاجتماعية اهتمامًا وجدانيًا، ومساعدة وسيلية، ومعلومات أو بيانات وتقدير. وتؤكد معظم دراسات المساندة الاجتماعية على أنها علاقة في اتجاه واحد، الحصول على الحب، والحصول على المساعدة، أما من المنظور التواصلي فيشير إلى أهمية الاندماج في علاقة تسهم وتؤثر في كل أطرافها، فقوة المساندة الاجتماعية في التبادلية أكثر منها

(1) Relational consequences.

(2) Human Connections create neuronal connections.

(3) Relational Confidence.

في حصول فرد على شيء لكن بناء مفهوم المساندة الاجتماعية طمس فكرة التبادلية، ويظهر هذا في البرنامج ذي ١٢ خطوة والمعروف بجماعات مساعدة الذات[1] وهي في الواقع مساعدة متبادلة[2] ونمو متبادل فكلنا في حاجة إلى أن نشعر أن الآخرين يتقبلونا ويقدرونا، ويثقون في مصداقيتنا ولكننا أيضًا لدينا حاجة إلى أن نشارك في نمو الآخرين وارتقائهم .

التبادلية[3] :

تقع التبادلية في مركز الصمود التواصلي، تشير أدبيات المساندة الاجتماعية إلى أهمية حصول الفرد على تدعيم الآخرين (١٠) (٥٢)، وحديثًا كشفت البحوث عن أهمية عطاء الفرد للآخرين (٣٠). واتجه الباحثون إلى دراسة الغيرية باعتبارها مدخلا لفهم ما يعود على الفرد من منفعة حين يعطي الآخر. RCT ترى النظرية التواصلية الثقافية أن العلاقات المتبادلة الداعمة للنمو هي التي تخلق الآثار ذات الفائدة للأفراد وليست سمة كالغيرية، وهذا يعني أن هناك حاجة إلى أن نعطي شيئًا للآخرين ويكون لوجودنا تأثيرًا، فنحن نجد معنى حين نسهم في أن نجعل الآخرين في حال أفضل (٢٦)، ولكننا أيضًا نحتاج أن يعطينا الآخرون ويهتمون بنا، ويعاملونا باحترام. نحن نحتاج أن نشعر أن وجودنا مهم وأن لنا تأثيرا على الآخرين وعلى العلاقات. إن عدم التوازن في التبادلية مصدر ألم للكثيرين وحين نشعر أننا خارج الارتباط المتبادل، نشعر بالعزلة، أن نعطي للآخر في موقف لا يوفر لنا الاحترام والتجاوب والتقدير يؤدي إلى إضعاف الروح المعنوية وهي ضعف في الصمود. هذا لا يعني أننا نحتاج للشكر أو الفخر لما نعطي، ولكننا لابد أن نشعر أننا جزء في نظام تبادلي محترم، إن التفهم المتبادل هو

(1) Self-help.

(2) Mutual-help.

(3) Mutuality.

مفتاح ما نعنيه بالتبادلية. فمن المهم أن نرى أن لنا تأثيرا على الآخر وأن نعرف ونشعر ونرى أننا أحدثنا فرقًا ما. الفهم المتبادل لا يعني التفهم من وإلى وإن كان هذا يحدث في العلاقات الداعمة للنمو. إنما التفهم المتبادل عملية تفهم الآخر بما يحقق النمو للطرفين، أنا أرى أنني أثرت فيك، وأنت ترى أنك أثرت في، فكلانا يعني الكثير للآخر، كلانا يتواصل مع الآخر. كلانا له تأثير على الآخر، كلانا يحدث تغييرا في الآخر وفي العلاقة. وهذا يؤدي إلى الكفاءة التواصلية[1]، فهي تؤدي بنا إلى دفء المجتمع الإنساني حيث يكمن الصمود الحقيقي، وهي تسهم في تنمية المجتمع، وهو مصدر الصمود المطلق لكل البشر.

تتناول أدبيات دافع الكفاءة[2] أو الحاجة الداخلية لإحداث تأثير في البيئة (٥٧)، حيث تتناول البحوث سلوك الطفل في التعامل مع البيئة المادية وكيف يؤثر في شعور الطفل بالكفاءة "أنا أحدثت هذا"، لاشك أن القدرة الفيزيقية والكفاءة في إنجاز المهام تزيد من إحساس الفرد بالفاعلية والقيمة، ولكن على نفس الدرجة من الأهمية بل أهم، فاعلية العلاقات بين الفرد والآخر، أن يكون قادراً على استثارة استجابة مرغوبة لدى الآخر.

لنأخذ مثالا لطفلة ووالد الأم/ الأب حيث لا تفهم ولا تجاوب ولا استماع، هنا يحدث فشل في التفهم وتحاول الطفلة أن تعبر عن ألمها للأب/ الأم. إذا ما استجاب الوالد وأتاح للطفلة أن ترى أن ما سببه لها من ألم موضع اهتمامه أو موضع تقديره، وأنه تأثر بما أحدثه في الطفلة من تأثير وهو في حالتنا (الألم)، وأن الوالد ينقل هذا صراحة للطفلة هنا تقوي العلاقة ويقوي شعور الطفلة بالكفاءة التواصلية، فالطفلة تشعر أن الوالدين يرونها ويسمعونها ويهتمون بها، تشعر أنها مهمة وأن مشاعرها مهمة، ولكن على عكس ذلك، الأب/الأم الذي لا يستجيب لألم الطفلة بتفهم واهتمام بل ينكر على الطفلة مشاعرها، وقد يؤنبها أو لا يستجيب لها (يتجاهلها) فسوف تشعر

(1) Relational competence.

(2) Competence motivation.

الطفلة أنها لا قيمة لها ولا تأثير لها لا على الشخص (الأم/ الأب) أو العلاقة وسوف تضع هذا الجانب من ذاتها خارج علاقتها بوالديها فتتحرك نحو الانعزال وعدم الأصالة. حين يحدث هذا ويتكرر، تتحول الطفلة إلى حالة مزمنة من عدم الارتباط، وسوف تنمي استراتيجيات عدم الارتباط، ومن أجل محافظتها على البقاء. في حالات عدم الارتباط والاعتداء الحاد والمزمن كما في حالة الإساءة الجسدية أو الجنسية تؤدي استراتيجيات عدم الارتباط إلى شعور قوي بالانعزال والجمود، ولوم الذات، والخزى وهو ما يعرف بالعزلة المذمومة[1]، (٣٤) هذه الحالة من العزلة المذمومة تمثل الحد الأدنى من الصمود، حيث يستقر لدى الفرد تصور عن العلاقات يتسم بالجمود والتعميم الزائد ويؤكد على الانعزال عن الآخرين وفقد الثقة فيهم. وليس لدى الفرد الحرية أن يعود إلى الارتباط في أعقاب الشعور بخيبة الأمل وعدم الارتباط. وهنا تسد أبواب النمو والتعلم أو تنكمش، وقد يتغير البناء الكيمائي الحيوي بما يجعل نشاط الامجدالا[2] يحول دون إعادة بناء الارتباط.

الخزي:

يتم عدم الارتباط في مناخ يسوده الخزى، فالخزى يدفع الإنسان نحو العزلة وبالتالي يسلبه القوة ويشل حركته، ويتمثل الخزى في شعور الفرد بأنه غير جدير بالحب والشعور أنه خارج المجتمع الإنساني. (٢٠) عندما يشعر الإنسان بالخزى ينمو لديه الشك في تعاطف الغير معه. ويشعر أن وجوده تصدع بصورة أساسية. عند الشعور بالذنب يكون لدى الفرد الأمل في التحسن أما عند الشعور بالخزى لا يستشعر إلا الرفض والاحتقار. فتنهار كينونة الفرد. الخزى له تأثير تفاعلي بشدة (٥٤). الخزى يؤدي إلى الانعزال والصمت فإنه عازل أساسى للصمود وخاصة

(1) Condemned isolation.

(2) Amygdala.

إذا تصورنا الصمود ظاهرة تواصلية بين الأفراد. وبقدر ما يتحرك الفرد بعيداً عن العلاقة في مواجهة الخزى بقدر ما تتراجع فرصته في إعادة الارتباط أو تصحيحه.

ينشأ الخزى تلقائيًا حين يشعر الفرد أنه غير جدير بالحب والارتباط، في نفس الوقت هو على وعي بحرصه وافتقاره للارتباط. يقع الخزى للبشر وعادة ما يغير سلوك الفرد والجماعة وأحيانًا ما يستخدم لسلب القوة وإسكات البشر. الجماعات الاجتماعية المسيطرة تنسب الخزى للجماعات الثانوية لتلزمها الصمت باعتبارها أسلوبا لممارسة الضبط الاجتماعي، وهي في هذا توحي بأن واقعك (الفرد أو الجماعة غير ذات السلطة) يشوبه القصور أو الانحراف. وينسحب ذلك على الجماعات المهمشة كالإناث والملونين وغيرهم، وبقدر ما يزداد الشعور بالخزى لدى الفرد أو الجماعة بقدر افتقارهم للصمود والتمكن وبقدر عجزهم عن التغيير.

بناء الصمود التواصلي لدى الفتيات والنساء:

يوجد الصمود بقدر وجود التفهم لدى الفتيات والإناث وحيويته وبقدر شعور البنات بأنهم جزء من العلاقات الداعمة للنمو بما يعني أن هناك من يهتم بهم، وأن هناك من يهتمون به فسوف يشعرون بالمرونة والجدارة والوضوح والإبدا ع والحيوية والرغبة في مزيد من الارتباط، وهذا ما يسميه ميلر الخمسة أشياء الجيدة[1] (٣٤) للارتباط الجيد، نحن ننمو ونتعلم ونوسع نوعية علاقاتنا، أما في الانعزال فإننا نكرر الأنماط القديمة. وفي كل الأحوال نفقد قوتنا ونجتر أفكارنا. الصمود ينشر النشاط والإبدا ع والمرونة عند مواجهة المواقف الجديدة، أحيانًا تتضمن الشجاعة وهي القدرة على التحرك نحو مواقف نشعر حيالها بالخوف والتردد، الشجاعة ليست سمة داخلية إنما تنشأ في الترابط و التواصل ، نحن نشجع بعضنا بعضا باعتبارنا بشرا ونخلق الشجاعة في مشوارنا في الحياة. كما أنه لا يوجد ما يمكن أن نعتبره حالة داخلية لتقدير الذات

(1) Five good things.

تسكن شخصاً ما إذ إن مشاعر الجدارة والقيمة والقوة والإبداع كلها سمات يمكن أن تدعم وتنمو أو تخبو من خلال العلاقات بالآخر. على المستوى المجتمعي نجد أن جماعات الهامش كما تعرفها الجماعات المسيطرة (١٧) تفرغ من قوتها بواسطة الجماعة المركزية من خلال تعريفهم لها بحسب اختلافهم عنهم فيما يعرف الاختلاف المعيب[1] .

يصبح الصمود أمراً بعيداً عن الإناث خاصة في المراهقة وهو الوقت الذي تبدأ فيه الإناث يفقدون صوتهم في الحياة ما بين سن ١١-١٣ (١٢) تفقد الإناث كثيراً من تقدير الذات (١٤) ويرتفع معدل الاكتئاب، إن الإناث في هذا السن يفرض عليهن الصمت كما يفرض عليهن التحفظ في العلاقات الحقيقية، وهذا ما يبدو وكأنه فقدان في الذكاء التواصلي، فينسحبون من العلاقات (علاقات أصيلة أو حقيقية) من أجل أن يستمروا في علاقات (علاقات مظهرية) ويفقدون إحساسهم بالفاعلية، ويشعروا أن عليهم تحمل حاجات الآخرين (٩) (١٩). لقد كتب (٥٦) ببصيرة نافذة عن أهمية مقاومة الإناث الملونين للأنماط التي تفرضها الجماعات السائدة على الجماعات المهمشة والإناث الملونين وكيف تسلبهم قوتهم، هذه الطاقة أو القدرة على مقاومة هذه الصورة الحاكمة تعد إسهاماً مهما في الصمود (٥).

من خلال العمل مع الفتيات الملونات، (٥٦) لمساعدتهن على بناء مقاومة من أجل التحرر[2] (٤٠) هناك أربع عمليات لمساعدة هؤلاء الفتيات على أن يظلوا أقوياء وصامدين أولاً تساعد الفتيات على أن تقرأ. وتقصد بالقراءة، قراءة الرسائل والسياق المباشر وكذلك السياق الاجتماعي السياسي الأكبر. وهكذا حين تكون هناك رسائل تحمل تهديد للقوة يجب ألا تقع الفتاة في فخ رد الفعل بل عليها أن تتفحصها وتفكر فيها ملياً بحثاً عن دليل للرسالة أو النمط الجامد، وبعد قراءتها عليها أن تضع لها

(1) Defective differentness.

(2) Resistance for liberation.

اسماً وهنا ستجد فيها دليلاً على التعصب للجنس أو العرق أو الطبقة، وتتضمن أن تعرف ما تعرفه فتواجه القضية برمتها، قد يقتضي الأمر التزام الصمت طلبًا للسلامة وحتى نضمن السلامة (اللجوء إلى راشد موضع ثقة سعيًا لدعمه أو تفسيره للموقف). إن الفشل في تسمية الموقف قد يؤدي إلى استدخال تعريف سلبي للهوية أو الشعور بالخزى، إن إعطاء اسم للموقف يعطي إحساسًا بالقوة والتملك. الخطوة الثالثة أن تقاوم القوة السلبية وكما تقترح الباحثة أن ينشغل الإنسان في دحض القوة السلبية أو تجنبها مثل التعصب العرقي، كما تتضمن مقاومة كراهية الذات والشعور باليأس والضغوط وفقدان الأمل والغضب، وأخيراً ترى الباحثة أن تدعم الفتيات لإبدال فكرة بفكرة أخرى، وهذا يعني أن الإنسان قد يتمسك بشدة بمعتقد ما أو أن يثمن إحساسًا بواقع يختلف عن السائد، ثم يستبدل المشاعر والاتجاهات أو السلوك الذي يعارضه أو يقاومه. مثال الشخص الذي يقاوم التعصب العرقي فيتخذ موقفًا للعدالة والمساواة.

يمكن تطبيق هذه الخطوات في المواقف الكثيرة التي تهدد الشعور بالقوة والقيمة، ومما يثير الاهتمام أن الجماعات المهمشة تشجع على استدخال مشاعر اللوم، مثال هناك تشخيص إكلينيكي[١] في أيام العبودية وكان ينطبق على العبيد الذين لديهم حاجة للهروب من أصحابهم، إن رغبتهم في الحرية كانت تعتبر عرضًا مرضيًا وكانوا يعالجون ويتعاطون الأدوية، ومثال آخر أقل تطرفًا حيث يعلم المجتمع الفتيات أن يتحملن مسئولية الفشل وأن طموحاتهن تعتبر أعراضًا مرضية. وهناك بيانات كثيرة تشير إلى أن الفتيات يعزون الفشل لعوامل داخلية ويعزون النجاح لعوامل خارجية، وهذا عكس ما يحدث بالنسبة للذكور. إذا كان التفسير الشائع للفشل هو لوم الذات وأن "المشكلة في أنا"[٢] ويترتب على ذلك الاكتئاب والخزى وعدم القدرة على العمل. على عكس تفسير الفشل بأسباب خارجية أو للصدفة وتفسير النجاح بأسباب داخلية كالقدرة أو بذل الجهد مما يشعر الفرد بالتمكن ويشعره بالقيمة، ويسهم المجال الذي

(1) Drapetomania.

(2) I am the problem .

يعيش فيه الفرد في خلق هذه التفسيرات، فهناك مجال يدعم التفسير الأول وآخر يدعم التفسير الثاني.

الشجاعة في الترابط:

يتضمن الصمود الإحساس بالشجاعة إلى جانب ما ذكرناه عن مقاومة قوى سحب القوة كالتعصب ضد الجنس أو العرق أو الطبقة، رغم أن الشجاعة نشأت من نموذج انفصالي ذاتي يحمل خيال أبطال يتسلقون الجبال أو يسقطون من الطائرات في أعمال تهدد الحياة، فإن الشجاعة يمكن أن ينظر لها أيضًا باعتبارها خبرة في التفاعل الإنساني، خبرة في العلاقات الإنسانية. فالشجاعة تنمو من خلال الارتباط بين البشر (٢١)، فالآخرون يشجعوننا، الشجاعة مثل الصمود ليست سمة داخل الفرد، فنحن باعتبارنا أفرادا في حالة دائمة من التفاعل إما مشجعًا أو غير مشجع، إن العلاقات التي تدعم النمو وتشجع الحيوية والوضوح والشعور بالقيمة والإنتاجية والرغبة في مزيد من الارتباط هي في صميمها علاقات مشجعة فهي تجعلنا نشعر بالنشاط والتركيز والقوة، وبالتالي نسعى للنمو والتواصل. معظم الممارسات الوالدية والعلاجية والتعليمية تهدف إلى تشجيع الآخر فهي تساعد الآخر على تنمية الشعور بالشجاعة والشعور بالقدرة على التصرف بما تمليه عليه قيمه ومقاصده.

بالنسبة للفتيات المراهقات قد لا يوجد شيء أكثر أهمية من دعم نمو الشجاعة، فالفتيات في بداية المراهقة يبدأون في فقد الثقة وتقدير الذات، وتتهاوى الطاقة والثقة والزهو (١٣) (٣٦) الذي وصفه الباحثون في كتاباتهم. ويبدأ هذا ببداية العلاقة بالجنس الآخر حين تشعر الفتيات أنهن أشياء وليسوا أشخاصًا في علاقاتهم بالشباب وأن عليهن أن يتواءمن مع مطالبهم، وتشعر الإناث أنهن لا يستطعن معايشة خبراتهم كما يرغبنها، خوفًا من رفض الشباب أو استبعادهن إذا ما خرجوا عن معايير الجماعة. إن عوامل الانضمام للجماعة أو الانفصال عنها(٤٨) والتي لها ثقلها في حياة الفتيات وعلاقاتهن بالآخرين تشتد أهميتها في سنوات المراهقة، ونظرًا لأن

الفتيات يقارن أنفسهن بالشباب من الذكور فإنهن يشعرن أقل قدرة على إظهار مشاعر الخوف هذه أو التعبير عنها، فالمفترض أن يكن على قدر من الصلابة والهدوء.

إن المجتمع لا يجيز للفتيات أن يغضبن (٣٢) (٣٣) وهذا عائق كبير نحو الصمود، فإذا كانت الفتاة لا تستطيع أن تعبر تمامًا عن مشاعرها وخاصة تلك المرتبطة ببناء العلاقات الصحية فسوف تتجه نحو الصمت والانعزال، إن الغضب علامة مهمة وضرورية في أي علاقة، فهو يحدد موضع الإيذاء أو الظلم، ولذلك فإن البشر في حاجة إلى التنازع أحيانًا من أجل تجنب فرض الصمت أو التهميش، إذا كان الغضب جزءًا مهمًا وضروريًا من أجل نمو العلاقة بالآخر فهذا لا يعني أن يكون الغضب لمجرد تفريغ الشحنة الانفعالية أو لمجرد التعبير عن الغضب أو الاندفاع في الغضب، ولا يعني أننا نشجع العدوانية أو القوة أو التسلط حيال الآخر ولا يعني رد الفعل أو التلقائية أو التعبير الفج. ففي كل العلاقات لابد أن نتصرف ونتكلم بوعي كامل بما نحمله للآخر، وما يترتب على تصرفاتنا وكلامنا من تأثير عليه. فإذا كنا نقدر العلاقات الطيبة فسوف نستشرف نتائج ما نقوم به على العلاقة ونتجنب جرح مشاعر الآخر قدر المستطاع. ولكن الغضب علامة على أن هناك شيئا خطأ، أو أن هناك شيئا جارحا، وأن لابد من تغيير ما في العلاقة، فإذا كان المطلوب من الفتيات أن يقمعن الغضب، فهذا يعني أن المطلوب منهن التواؤم والانصياع وعدم إظهار مشاعرهن الحقيقية.

إن مساعدة الفتاة المراهقة على أن تتعلم كيف تتكلم وتعبر عن نفسها وتعبر عن غضبها وكيف توظف غضبها لتحقيق نمو في العلاقة، فإننا بهذا نساعدها على أن تكون أكثر شجاعة وأكثر تقديراً لذاتها. إن الثقافة الاجتماعية تحمل للفتاة رسالة تبعدها عن هذه الإشارات في العلاقات الاجتماعية وتدعوها للصمت وهكذا تغترب الفتاة عن ذاتها الحقيقية وعن الارتباط الحقيقي بالآخر.

إن تثمين التواصل والارتباط بالآخر وبناء العلاقات أمر مهم وضروري وكثيراً ما تدين الثقافة المجتمعية رغبة الفتاة في الارتباط أو رغبتها في المشاركة في نمو الغير (باعتباره دليلا على الفشل في رؤية المصالح الشخصية) أو تعتبر هذه الرغبة صورة من صور

الاضطراب، إن الشجاعة للدخول في علاقة أصيلة قد تعرض صاحبتها للخطر، لها نفس أهمية الدخول في نزاع أو صراع للاعتراض على ظلم شخصي أو اجتماعي. ولأنه يوجد قدر محدود للدعم الحقيقي لأهمية العلاقات في حياة الأفراد فإن الفتيات والمرأة بصفة عامة ينظر لهن على أنهن معتمدات على الغير أو لديهن حاجة شديدة للغير حين يعبرن عن رغبتهن القوية للارتباط، لكن في الاعتراف بحاجة الإنسان القوية لبناء علاقات، وتقدير هذه الحاجة دعم لرغبة الإناث الطبيعية في الارتباط وبالتالي يساعد في خلق مسار قوي نحو الصمود.

الخلاصة أن كل الأطفال يمرون بنواتج أكثر إيجابية لما يواجهونه من محن وصعاب في الحياة حين يكون لديهم علاقة إيجابية براشد كفء، وحين يندمجون مع آخرين، ويكون لديهم مجال ما يتفوقون فيه ويكون في نفس الوقت له قيمة لدى الفرد ولدى المجتمع (٣١). تسعى الفتيات لطلب مزيد من المساعدة من الآخرين في الطفولة وتقدم هي مزيداً من المساعدة والدعم في المراهقة المبكرة (٢). بالنسبة للفتيات والإناث بصفة خاصة فإن التبادلية تعتبر عاملاً مفتاحيًا فيما توفره العلاقة من حماية. فنجد أن درجات الاكتئاب تكون أقل لدى الإناث اللاتي لديهن علاقات متبادلة (١١) (٥١). وترجع أهمية العلاقات المتبادلة ليس فقط لأنها تقدم دعمًا، وإنما أيضًا لأنها تقدم فرصًا للمشاركة في علاقة تدعم النمو وتحقق الكفاءة التواصلية قد تكون مفتاحًا للصمود لدى الإناث والفتيات. إن فهم الصمود باعتباره ظاهرة تواصلية وليس سمة شخصية قد يؤدي بنا لفهم أعمق لأهمية الارتباط بالآخر من أجل طيب الحال والرفاه لدى الجميع.

REFERENCES

1- Banks, A. (2000). *Post-traumatic stress disorder: Brain chemistry and relationships.* Project Report No. 8. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

2- Belle, D. (1987). Gender differences in the social moderators of stress. In D. Belle (Ed.), *Gender differences in the social moderators of stress* (pp. 257–277). New York: Free Press.

3- Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children.* New York: Contemporary.

4- Burnett, P. C., & Demnar, W. J. (1996). The relationships between closeness to significant others and self-esteem. *Journal of Family Studies, 1*(2), 121–129.

5- Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness and the politics of empowerment.* New York: Routledge.

6- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, and self-esteem and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescents, 28*(3), 343–363.

7- Dweck, C., & Goetz ,T. (1978). Attributions and learned helplessness. In J. H Harvery, W. Ickes, & R. F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research* (Vol. 2, pp.). Hilldale, NJ: Erlbaum.

8- Dweck, C., & Reppucci, N. (1973). Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. *Journal of Personality and Social Psychology, 25*, 1090–1160.

9- Franz, C. E. & Stewart, A. J. (Eds.). (1994). *Women creating lives: Identities, resilience and resistance.* Boulder, CO: Westview.

10- Ganellen, R. J., & Blaney, R. H. (1984). Hardiness and social support as moderators of the effects of stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*(1), 156–163.

11- Genero, N. (1995). Culture, resiliency and mutual psychological development. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. A. Gutrell (Eds.), *Resiliency in ethnic minority families: African American families* (pp. 1–18). Madison, WI: University of Wisconsin Press.

12- Gilligan, C. (1982). *In a different voice.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

13- Gilligan, C. (1990). Joining the resistance. Psychology, politics, girls and women. *Michigan Quarterly Review, 29*, 501–536.

14- Gilligan, C., Lyons, N., & Hanmer, T. (1990). *Making connections: The relational worlds of adolescent girls at Emma Willard School.* Troy, NY: Emma Willard School.

15- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self regard.* New York: Plenum .

16- Hartling, L. (2003). *Strengthening resilience in a risky world: It's all about relationships. Work in Progress No. 101.* Wellesley Centers for Women.

17- hooks, b. (1984). *Feminist theory: From margin to center.* Boston: South End Press.

18- Jenkins, Y. M. (1993). Diversity and social esteem. In J. L. Chin, V. DaLacamelas, & Y. M. Jenkins (Eds.), *Diversity in psychotherapy: The politics of race, ethnicity and gender* (pp. 45–63). Westport, CT: Praeger.

19- Jordan, J. V. (1987). *Clarity in connection: Empathic knowing, desire and sexuality. Work in Progress No. 39.* Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

20- Jordan, J. V. (1989). Relational development: Therapeutic implications of empathy and shame. *Work in Progress No. 39.* Wellsley, MA: Stone Center Working Paper Series.

21- Jordan, J. V. (1990). *Courage in connection: Conflict, compassion, creativity. Work in Progress No. 45.* Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

22- Jordan, J. (1992). *Relational resilience.* Work in Progress No. 57. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

23- Jordan, J. V. (1994). *A relational perspective on self-esteem. Work in Progress No. 70.* Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

24- Jordan, J. V. (Ed.) (1997). *Women's growth in diversity: More writings from the Stone Center.* New York: Guilford.

25- Jordan J. V. (1999). *Toward connection and competence. Work in Progress No. 83.* Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

26- Jordan, J. V., Kaplan, A. G., Miller, J. B., Stiver, I. P., & Surrey, J. L. (1991). *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center*. New York: Guilford.

27- Jordan, J. V., & Hartling, L. M. (2002). New developments in relational-cultural theory. In M. Ballou & L. Brown (Eds.), *Rethinking mental health and disorder* (pp. 48–70). New York: Guilford.

28- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1–11.

29- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

30- Luks, A. (1992). The healing power of doing good. New York: Faucett Columbine.

31- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425–444.

32- Miller, J. B. (1976). *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon.

33- Miller, J. B. (1985). *The construction of anger in women and men. Work in Progress No. 4*. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

34- Miller, J. B., & Stiver, I. P. (1997). *The healing connection: How women form relationships in therapy and in life*. Boston: Beacon.

35- Peterson, C., Schwarz, S., & Seligman, M. (1981). Self blame and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*(2), 253–259.

36- Pipher, M. (1994). *Reviving Ophelia*. New York: Grosset/Putnam.

37- Pollack, W. S. (1998). Real boys: Rescuing our sons from the myths of boyhood. New York: Random House.

38- Resnick, M., Bearman, P., Blum, R., Bauman, H., Harris, K., Jones, J. et al. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association, 278*(10), 823–832.

39- Resnick, M. D., Harris, L. J., & Blum, R. W. (1993). The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Paediatrics and Child Health, 29*(1), S3–S9.

40- Robinson, T., & Ward, J. (1991). A belief in self far greater than anyone's disbelief: Cultivating resistance among African American female adolescents. In C. Gilligan, A. Rogers, & D. Tolman (Eds.), *Women, girls and psychotherapy: Reframing resistance* (pp. 87–103). New York: Harrington.

41- Roediger, H. L., Capaldi, E. D., Paris, S. G., & Polivy, J. (1991). *Psychology*. New York: HarperCollins.

42- Rutter, M. (1978). Early sources of security and competence. In J. Bruner, & A. Garton (Eds.), *Human growth and development* (pp. 33–61). Oxford, U.K.: Clarendon.

43- Rutter, M. (1989). Temperament: Conceptual issues and clinical implications. In G. A. Kohnstamm, Jr., D. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 463–479). New York: Wiley.

44- Rutter, M. (1990). Psychological resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Master, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in development of psychopathology* (pp. 181–214). New York: Cambridge University Press.

45- Schwalbe, M., & Staples, C. (1991). Gender differences in sources of self esteem. *Social Psychology Quarterly, 54*(2), 158–168.

46- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.

47- Seligman, M. (1990). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.

48- Simmons, R. (2002). *Odd girl out: The hidden culture of aggression in girls*. New York: Harcourt.

49- Sparks, E. (1999). *Against the odds. Resistance and resilience in African American welfare mothers*. Work in Progress, No. 81. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

50- Spencer, R. (2000). *A comparison of relational psychologies*. Work in Progress, No. 5. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.

51- Sperberg, E. D., & Stabb, S. D. (1998). Depression in women as related to anger and mutuality in relationships. *Psychology of Women Quarterly, 22*, 223–238.

52- Spiegel, D. (1991). A psychosocial intervention and survival time of patients with metastatic breast cancer. *Advances, 7*(3), 10–19.

53- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P, Greuenwarld, T. C., Gurney, R. A., & Upfdegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review, 102*(3), 411–429.

54- Tomkins, S. (1987). Shame. In D. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame*. New York: Guilford.
55- Walker, M. (2002). *Power and effectiveness: Envisioning and alternative paradigm*. Work in Progress, No. 94. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.
56- Ward, J. (2002). *The skin we're in: Teaching our children to be emotionally strong, socially smart, spiritually connected*. New York: Free Press.
57- White, R. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review, 66*, 297–333.

الفصل السابع

ما الذي يمكن أن نتعلمه عن الصمود النفسي من الدراسات الطولية واسعة النطاق؟

إيمي إ.وارنر

منذ أواسط الثمانينيات ظهر اهتمام العديد من الباحثين في المجالات المختلفة كالنمو النفسي، والطب النفسي وعلم النفس وطب الأطفال والاجتماع بالتساؤل حول: لماذا يستطيع بعض الأطفال مواجهة الصعاب بنجاح في حين يصاب البعض الآخر باضطرابات مرضية حادة ومزمنة. إن الصمود النفسي لدى هؤلاء الأطفال يعتبر ناتجا نهائيا لعمليات متعددة لا تستبعد الخطر والضغوط في حياة الأطفال، وإنما تسمح لهم بالتعامل معها بكفاءة (٣٠).

ظهرت في الآونة الأخيرة مناقشات ما إذا كانت المواجهات الناجحة للمحن والصعاب محددة في مجال معين، وما إذا كانت العوامل الواقية التي تقاوم تأثير المحن عامة أم محددة بسياق معين، وما إذا كانت العوامل التي تسهم في الصمود النفسي لدى الأطفال المعرضين للمحن والصعاب هي نفسها التي تحقق الفائدة للأطفال من غير المعرضين للمحن والصعاب(٣)(٢٣).

هذه التساؤلات لا نجد لها إجابات في أدبيات البحث الراهنة، حتى في أكثر الكتابات التي تناولت الصمود النفسي والتعرض للخطر دقة وشمولاً، فمعظم الشواهد العلمية مستمدة من دراسات مقارنة، أو دراسات طولية على مدى زمني قصير (معظمها في مرحلة الطفولة المتوسطة) ودراسات على عينات صغيرة نسبيًا ولا يوجد بالدراسة عينات لا تتعرض للخطر للمقارنة.

ومع ذلك فهناك دروس في أدبيات البحث الراهنة لنتعلم من الدراسات الطولية التي ركزت على عمليات الصمود النفسي في مراحل زمنية متنوعة من الطفولة المبكرة إلى الرشد، وهي دراسات نادرة بالمقارنة بالمراجع والمقالات التي تناولت دراسة الصمود. ولابد أن ننتبه إلى أن الصمود في كل هذه الدراسات لا يقاس مباشرة(٢٢)، وإنما يستدل على وجوده بناء على قياس مكونين هما الخطر والتواؤم الإيجابي.

يوجد الآن عشر دراسات طولية عن الأطفال في خطر أجريت في مناطق جغرافية متنوعة في الولايات المتحدة في طول البلاد وعرضها، وقد أجريت على نطاق واسع شملت تقاريرها مراحل نمو مختلفة، كما شملت جماعات عرقية مختلفة ممن استطاعوا أن يحققوا مواجهات ناجحة على الرغم من المحن والصعاب التي تعرضوا لها، كالفقر وإصابة أحد الوالدين أو كليهما باضطراب عقلي، وسوء المعاملة والطلاق وتراكم عوامل الخطر في أسرهم.

هذه الدراسات الطولية (أ) تناولت عينات تتراوح ما بين ١٠٠ إلى ١٠٠٠ أو أكثر. (ب) تضمنت ذكوراً وإناثاً. (ج) استخدمت أكثر من أداة جيدة ومناسبة لقياس التواؤم. (د) تتبعت أفراد العينة لعدة سنوات. (هـ) راعت عدم إنهاك الأطفال. (و) تضمنت بيانات لعينات مقارنة لم تتعرض لخطر شديد (ضابطة).

وسوف يتناول هذا الفصل دراسات طولية أجريت في بريطانيا ونيوزيلاندا وأستراليا والدول الأسكاندينافية والتي تكمل نتائج الدراسات الأمريكية، كما سوف نعرض لدراستين طوليتين من ألمانيا.

دراسات طولية على نطاق واسع:

دراسات أمريكية:

دراسة **كاواي الطولية:**(1) بدأت الدراسة في مرحلة ما قبل الميلاد وهدفت لدراسة تأثير بعض عوامل الخطر البيولوجية والنفسية الاجتماعية، وأحداث الحياة الضاغطة،

(1) The Kauai longitudinal study.

والعـوامل الـواقية على النمو بين ٦٩٨ طفلاً أسيويًا وبولانديًا من مواليد عام ١٩٥٥ في الجـانب الغـربي من الولايات المتـحـدة، ٣٠٪ من هؤلاء الأطفـال تعـرضـوا لأربعـة عـوامل خطـر أو أكـثـر مـثـل الفـقـر المزمن، إصـابة الآباء باضطرابات مـرضـيـة، مشكلات صحية أثناء الحمل، ومشكلات أسرية، وتم جمع البيانات عن الأطفال وأسرهم عند ولادتهم. وعند سن ١ ، ٢ ، ١٠ ، ١٨، ٣٢ ، ٤٠ وتم نشـر تقرير تـفـصـيلي عن هذه الدراسة (٤٢).

مشروع منسوتا عن الآباء والأبناء:[1]

بدأ عـام ١٩٧٥ وقـام بمتـابعـة مـا يتـراوح مـا بين ١٩٠ – ٢٦٧ سـيـدة من ذوى الدخـول الضـعيفة والمولود الأول لهن من الشهور الأخيرة من الحمل إلى بعد الولادة ٧ أيام و ١٠ أيام ثم الشـــهـــر ٣ ، ٦، ٩، ١٢، ١٨، ٢٤، ٣٠، ٤٢، ٤٨، ثم في سنوات الدراسة ١، ٢، ٣، ٦، ثم سن ٢٥ (٤٤).

مشروع الكفاءة:[2]

بدأ عـام ١٩٧٧ وقـام بمتابعـة ٢٠٥ أطفال من الصـف ٣ إلى الصـف ٦ من المدارس الحكـومـيـة في سن ١٠-١٧ سنة وظلت المتـابعـة من ٢٠-٣٠ سنة، وهناك مـشـاريع أخـرى تابعـة لنفس المشـروع تناولت دراسـة أطفـال ذوى عـيـوب خلقـيـة في القلب أو إعـاقـات جـسـمـيـة، ومـؤخـراً اتجـهت الدراسـة إلى المشـردين الذين ليس لديهم مكان للإيواء ولاجئي الحرب (٢٤).

(1) The Minnesota Parent - child Project.

(2) Project competence.

دراسة فرجينيا الطولية لأسر الطلاق والزواج الثاني:(1)

بدأت الدراسة في ١٩٧١ وتكونت العينة الأساسية من ١٤٤ أسرة من الطبقة المتوسطة البيض نصفها من المطلقين ونصفها من غير المطلقين مع وجود طفل في الرابعة من العمر. تمت دراسة الأسرة والطفل بعد الطلاق على فترات شهرين، ثم ١، ٢، ٦، ٨، ١١، ٢٠ سنة، وذلك على ١٢٢ أسرة من أصل ١٤٤، حين بلغ الأطفال ١٠ سنوات. اتسع نطاق البحث ليشمل ١٨٠ أسرة وحين بلغ الأطفال سن ١٥ سنة اتسع نطاق البحث ليشمل ٣٠٠ أسرة وحين أصبحوا شبابًا في سن ٢٤ سنة اتسع نطاق البحث ليشمل ٤٥٠ أسرة (١٥).

دراسة هيثرنجيتون وكلينجبيل للطلاق والزواج الثاني:(2)

بدأت الدراسة في سنة ١٩٨٠ وتناولت توافق الأسرة في وجود زوج الأم أو زوجة الأب بين المراهقين بعد الزواج الثاني، ١٧، ٢٦ شهرًا، وكان عدد المشاركين ٢٠٢ أسرة من الطبقة المتوسطة البيض، وكان يتم دراسة أسر لم يحدث فيها الطلاق وأسر الزواج الثاني على فترات متساوية (١٧).

دراسة روشستر الطولية:(3)

بدأت في ١٩٧٠ وتكونت من ١٨٠ سيدة من أصل ٣٣٧ مما لديهم تاريخ مرضي عقلي بالإضافة إلى عينة ضابطة، وتمت دراسة أطفالهم عند الميلاد ثم عند ٤، ١٢، ٣٠ شهرًا، ثم في سن ٤ سنوات ثم عند الصف الدراسي من ١ إلى ١٢ (٢٣).

---

(1) The Virginia longitudinal study of Divorce and Remarriage.

(2) The Hethering ton and Clingepeel study of Divorce and Remarriage.

(3) The Rochester longitudinal study.

دراسة تنشئة الطفل ونموه في أسر سوية وأسر اضطراب وجداني:[1]

بدأت الدراسة في ١٩٨٠ وتضمنت ٨٠ أسرة يعاني فيها الآباء من اضطراب وجداني ولديهم طفلان الأصغر يتراوح سنه ما بين ١٥-٣٦ شهراً والأكبر يتراوح سنه ما بين ٥-٨ سنوات إلى جانب ٥٠ أسرة ضابطة، وكانت هناك ثلاث متابعات في سن ٤٢-٦٣ شهراً، ٧-٩ سنوات، ١١-١٣ سنة (٢٨).

دراسة طولية لنتائج سوء معاملة الأطفال:[2]

بدأت الدراسة وتضمنت عينة أساسية من ٣٥٣ أسرة من أصل ٤٣٩ ممن يتلقون المساعدة من مراكز سوء معاملة الأطفال، وكانت المجموعة الضابطة من الملتحقين بأحد مراكز الرعاية اليومية، وتمت مقابلة الأطفال ما بين ١-٦ سنوات ثم ما بين ٦-١٢ سنة ثم في المراهقة المتأخرة (١٤).

الدراسة الطولية لسوء معاملة الأطفال بفرجينيا:[3]

بدأت عام ١٩٨٦ وركزت على ١٠٧ أطفال ممن تعرضوا لسوء المعاملة كما هو مسجل في السجلات الرسمية للولاية، إلى جانب مجموعة ضابطة من الأسوياء المسجلين في المدارس الحكومية، تم إجراء أدوات القياس في الصفوف ٢-٣، ٤-٥، ٦-٧ (٢).

---

(1) A Study of child Reaving and child Development in Normal Families and Families with Affective Disorders.

(2) A longitudinal study of the consequences of child Abuse.

(3) The verginia longitudinal study of child maltreatment.

دراسة شيكاجو الطولية:[1]

بدأت عــام ١٩٨٣ وهــي دراســة شـبه تجريبية تضمنت ٩٨٩ طفلاً من أسر ذات دخل منخفض، وممن التحقوا ببرامج مراكز الأبناء والآباء في مرحلة ما قبل المدرسة، إلى جانب ٥٥٠ طفلاً من أسر ذات دخل منخفض ممن التحقوا بحضانات اليوم الكامل، وتمت متابعتهم عند سن ١٤، ٢٠ سنة وتناولت المتابعة جميع أفراد العينة (٢٩).

الدراسات البريطانية:

الدراسة القومية لنمو الأطفال:[2]

قامت هذه الدراسة بمتابعة ١٦,٩٩٤ من مواليد بريطانيا عام ١٩٥٨ ما بين ٣-٩ مارس، وتم جمع البيانات في أوجه النمو الجسماني والنفسي الاجتماعي والتربوي في أعمار ٧، ١١، ١٦، ٢٣، ٣٣ سنة (٣٧).

الدراسة البريطانية لشريحة عمرية محددة:[3]

قامت هذه الدراسة بمتابعة ١٤.٢٢٩ طفلاً ممن ولدوا في الأسبوع بين ٥-١١ أبريل ١٩٧٠ واستمرت المتابعة ثلاثة عقود، جمعت البيانات حين كان أفراد العينة في سن ٥، ١٠، ١٦، ٢٦ (٣٥).

---

(1) The Chicago longitudinal study.

(2) The National child Development study.

(3) The British cohort study.

دراسات نيوزيلندة:

دراسات دانيدين متعددة المجالات:[1]

هذه دراسة طولية لمجموعة من مواليد أول أبريل و ٣١ مارس وتكونت العينة الأساسية من ١٠٣٧ طفلاً تمت متابعتهم عند ٣، ٥، ٧، ٩، ١١، ١٣، ١٥، ١٨، ٢١ سنة بالإضافة إلى ٩٩٢ مشاركًا في سن ٢١ سنة، وكان عدد من أتم أداء المقاييس في آخر متابعة ٨٤٧ وكانت عند سن ٢٦ سنة (٦).

دراسة كريستشيرش للصحة والنمو:[2]

بدأت في عام ١٩٧٧ وبدأت عند ميلاد الأطفال وكان عددهم ١٢٦٥ طفلاً ثم سنويًا حتى بلغوا السادسة عشر ثم في سن ١٨، ٢١، وكان عدد من أتموا أدوات القياس في المتابعة الأخيرة ٩٩١ مشاركا (١٠).

دراسات أسترالية:

دراسة جامعة ماتر بكوينزلاند لفترة الحمل:[3]

تمت هذه الدراسة على ٨٥٥٦ من الأمهات في مرحلة الحمل وبدأت عام ١٩٨١, تم تطبيق أدوات قياس على الأم والطفل بين اليوم الثالث والخامس بعد الولادة، ثم بعد ٦ أشهر ثم ٥ سنوات ثم ١٤-١٥ سنة وفي المتابعة الأخيرة كان عدد المشاركين ٥٢٦٢ ويجري القيام بالمتابعة (٤).

(1) The Dunedin multidisciplinary Health and development study.

(2) Christchurch. Health and Development shidy

(3) The Mater -university of Queensland study of pregnancy.

دراسات دنماركية:

دراسة كوبنجهاجن للخطر الشديد:(1)

تتبعت هذه الدراسة ٢٠٧ أطفال من الفصاميين بالإضافة إلى مجموعة ضابطة عددها ١٠٤ من سن ١٥ – ٢٥ – ٤٢، وكان أكثر من نصفهم لا يبدو عليهم أي اضطراب من منتصف المراهقة إلى منتصف العمر (٢٧).

دراسات سويدية:

دراسة لندباى:(2)

دراسة طولية للصحة العقلية لمجموعة من ٢٥٥٠ شخصًا منهم ٥٩٠ طفلاً متوسط أعمارهم عند أول قياس ٨ سنوات، يعيشون في جنوب السويد (٧)، تمت متابعة عينة فرعية منهم عددها ١٤٨ فردًا ممن تعرضوا لثلاثة عوامل خطر نفسية أو أكثر في طفولتهم (إصابة أحد الآباء بمرض عقلي، أو إدمان كحولي، أو تفكك أسري، أو سوء معاملة)، وكان ثلاثة من كل أربعة يعيشون حياة سوية في مرحلة منتصف العمر.

دراسات ألمانية:

هناك دراستان طوليتان لعوامل الخطر والحماية وتناولت إحداها (١٩) المراهقين في مؤسسات إيوائية، (١٨) تتبعت الثانية ٣٤٧ طفلاً من عمر ٣ شهور إلى ٨ سنوات. وصدر التقرير عن الدراسة تحت عنوان (ما الذي يجعل الأطفال أقوياء)(١٦٦) (١٨).

---

(1) The Copenhagen High-Risk study.

(2) The Lund by study.

(3) What makes children strong?

الخصائص الشخصية ومصادر المساندة التي ترتبط بالمواجهة الناجحة بين الأطفال المعرضين للخطر الشديد:

يلخص جدول رقم ٧-١، ٧-٢ الخصائص الشخصية ومصادر المساندة في الأسرة والمجتمع التي ترتبط بالمواجهة الناجحة بين الأطفال المعرضين للخطر، وقد تكرر التوصل لهذه الخصائص والمصادر في عدد من الدراسات الطولية على نطاق واسع في الولايات المتحدة وخارجها، إن العوامل التي تسهم في الصمود في معظم الحالات لدى من تعرضوا لصعاب ومحن شديدة تفيد الأطفال الذين تعرضوا لمخاطر بسيطة بمعنى أن هذه العوامل لها آثار أساسية وليس آثار تفاعلية في التحليل الاحصائي (١٠).

جدول ٧-١ الخصائص الشخصية

التي ترتبط بالمواجهة الناجحة لدى الأطفال المعرضين

للخطر الشديد، والتي تكرر ظهورها في دراستين طوليتين على

نطاق واسع مرتين أو أكثر

م	خصائص الفرد	تاريخ الدراسة	مخاطر متعددة ٤ أو أكثر	الفقر	مرض عقلي أحد الوالدين	سوء معاملة	طلاق
(١)	شعور محدود بالكرب انخفاض الانفعالية	مرحلة الرضاعة - الرشد	+	+	+	+	+
(٢)	نشط قوى	مرحلة الرضاعة - الرشد	+	+			
(٣)	اجتماعي	مرحلة الرضاعة - الرشد	+	+	+	+	
(٤)	محب يتعلق بالآخر	مرحلة الرضاعة - الطفولة	+	+	+	+	+
(٥)	الأوتومية النضج الاجتماعي	مرحلة الرضاعة - الطفولة	+	+			
(٦)	ذكاء متوسط أو فوق المتوسط مهارات القراءة	الطفولة المبكرة - الرشد	+	+	+	+	+
(٧)	دافعية عالية للإنجاز	الطفولة - الرشد	+	+	+		
(٨)	موهبة خاصة	الطفولة - الراهقة	+	+	+		
(٩)	مفهوم ذات إيجابي	الطفولة - الراهقة	+	+	+		+
(١٠)	وجهة الضبط داخلية	الطفولة - الراهقة	+	+	+	+	+
(١١)	التحكم في الاندفاع	الطفولة - الراهقة	+	+	+		
(١٢)	التخطيط وبعد النظر	الطفولة - الرشد	+	+			
(١٣)	الإيمان - إحساس بالتماسك	الطفولة - الرشد	+	+	+		
(١٤)	العجز المكتبس	الطفولة - الرشد	+	+	+		

Source:

1. Farber & Egeland, 1987; Fergusson & Horwood, 2003; Werner & Smith, 1992, 2001.
2. Farber & Egeland, 1987; Werner & Smith, 1992, 2001.
3. Farber & Egeland, 1987; Lösel & Bliesener, 1990; Werner & Smith, 1992, 2001.
4. Farber & Egeland, 1987; Hetherington, 1989; Werner & Smith, 1992, 2001.
5. Farber & Egeland, 1987; Werner & Smith, 1989, 1992, 2001.
6. Farber & Egeland, 1987; Fergusson & Lynskey, 1996; Hetherington & Elmore, 2003; Lösel & Bliesener, 1990; Mast Powell, 2003; Seifer et al., 1992; Werner & Smith, 1992, 2001.
7. Fergusson & Horwood, 2003; Lösel & Bliesener, 1990; Masten & Powell, 2003; Radke-Yarrow & Brown, 1993; Sch 2001; Werner & Smith, 1992, 2001.
8. Anthony, 1987; Werner & Smith, 1992, 2001.
9. Cederblad, 1996; Fergusson & Horwood, 2003; Hetherington & Elmore, 2003; Lösel & Bliesener, 1990; Radke-Yarr Brown, 1993; Werner & Smith, 1992, 2001.
10. Bolger & Patterson, 2003; Cederblad, 1996; Hetherington & Elmore, 2003; Masten & Powell, 2003; Seifer et al., 199 Werner & Smith, 1992, 2001.
11. Fergusson & Lynskey, 1996; Fergusson & Horwood, 2003; Masten & Powell, 2003; Werner & Smith, 1992, 2001.
12. Rutter, 2000; Werner & Smith, 1992, 2001.
13. Cederblad, 1996; Hetherington & Kelley, 2001; Werner & Smith, 1992, 2001.
14. Anthony, 1987; Lösel & Bliesener, 1990; Werner & Smith, 2001.

جدول ٧-٢ المصادر (الموارد) التي ترتبط بالمواجهة الناجحة
في الأسرة والمجتمع لدى الأطفال المعرضين للخطر الشديد
وتكرر ظهورها في دراستين طوليتين أو أكثر على نطاق واسع

م	خصائص الفرد	تاريخ الدراسة	مخاطر متعددة ٤ أو أكثر	الفقر	مرض عقلي أحد الوالدين	سوء معاملة	طلاق
(١)	أسرة صغيرة الحجم أقل من ٤ أطفال	مرحلة الرضاعة	+	+			
(٢)	كفاءة الأمومة	مرحلة الرضاعة المراهقة	+	+	+	+	
(٣)	ارتباط حميم بمن يقدم الرعاية	مرحلة الرضاعة	+	+	+	+	
(٤)	أجداد مساندون	الطفولة – المراهقة	+	+	+	+	+
(٥)	أخوة مساندون	مرحلة الرضاعة المراهقة	+	+	+	+	+
(٦)	أصدقاء أكفاء	الطفولة المراهقة	+	+		+	+
(٧)	معلمون مساندون	قبل المدرسة – الرشد	+	+	+	+	+
(٨)	خبرات مدرسية ناجحة	الطفولة – الرشد	+	+	+		+
(٩)	منتور.	الطفولة – الرشد	+	+			
(١٠)	مؤسسات اجتماعية إيجابية نوادى شباب جماعات دينية	الرشد	+	+			

Source:
1. Cederblad, 1996; Werner & Smith; 1992, 2001.
2. Egeland, Carlson, & Stroufe, 1993; Masten & Powell, 2003; Seifer et al., 1992; Werner & Smith, 1992, 2001.
3. Cederblad, 1996; Fergusson & Horwood, 2003; Lösel & Bliesener, 1990; Mednick et al., 1987; Seifer, 2003; Werner Smith, 1992, 2001.
4. Farber & Egeland, 1987; Herrenkohl et al., 1994; Hetherington, 1989; Radke-Yarrow & Brown, 1993; Werner & Sm 1992, 2001.
5. Hetherington, 1989; Wallerstein & Blakeslee, 1989; Werner & Smith, 1992, 2001.
6. Bolger & Patterson, 2003; Fergusson & Horwood, 2003; Hetherington, 1989; Lösel & Bliesener, 1990; Wallerstein 1980; Werner & Smith, 1992, 2001.
7. Hetherington, 1989; Lösel & Bliesener, 1990; Radke-Yarrow & Brown, 1993; Reynolds & Ou, 2003; Werner & Smi 2001.
8. Fergusson & Lynskey, 1996; Hetherington, 1989; Schoon, 2001; Wadsworth, 1999; Werner & Smith, 1992, 2001.
9. Yates, Egeland, & Sroufe, 2003; Werner & Smith, 2001.
10. Masten & Powell, 2003; McGee, 2003; Werner & Smith, 1989, 1992, 2001; Wyman, 2003.

الأطفال الذين واجهوا الصعاب والمحن بنجاح لا يسـهـل إحساسهم بالانزعاج أو الضيق مقارنة بمن يتورطون في مشكـلات، ولديهـم مـزاج اجتماعي ودود يجذب إليهم الكبار والرفاق، ولديهم مهارات جيدة في التواصل وحل المشكلات، بما في ذلك القدرة على إيجاد بديل يقدم لهم الرعاية، لديهم موهبة أو مهارة خاصة يقدرها زملاؤهم ولديهم إيمان أن ما يعملونه سوف يحدث تأثيراً إيجابياً في حياتهم.

يستطيعون الاستفادة من الموارد الخارجية الموجودة في الأسرة أو المجتمع، لديهم ارتباط عاطفي يشجع على الثقة والأتونومية والمبادأة. هذه الارتباطات كانت تتوفر من خلال بدائل لمن يقدمون الرعاية وهم من داخل الأسرة الممتدة كالأجداد أو الأخوة الأكبر أو غيرهم، كما كان يوجد نظام مساندة غير رسمي في المجتمع يدعم ويشجع الكفاءات لدى الصغار ويمثل لهم نموذجاً إيجابياً كالمعلمين والزملاء والمنتور.

إن تكرار ظهور نفس الخصائص التي تتنبأ بالصمود على الرغم من الاختلاف بين الدراسات في الجماعة العرقية موضع الدراسة، والموقع الجغرافي والسياق الاجتماعي السياسي بما يوحي بأن هذه الخصائص عامة (٣) (٢٣). وهذا لا يستبعد احتمال أن بعض العوامل الواقية محددة تبعاً للسن أو الجندر أو السياق. مثال لذلك في دراسة كواي وجد أن بعض المتغيرات لا تميز بين النتائج النمائية الإيجابية والنتائج النمائية السلبية إلا في وجود أحداث ضاغطة كثيرة أو عندما يتعرض الأطفال للفقر. ولكنها لا تميز بين النتائج النمائية الجيدة والسيئة لدى أطفال الطبقة المتوسطة، الذين تتصف حياتهم بالاستقرار والأمان والخلو من الضغوط (٤٠).

من بين العوامل الواقية كانت الأوتونومية ومهارات مساعدة الذات في الطفولة المبكرة بالنسبة للذكور، والمفهوم الإيجابي عن الذات لدى الإناث في مرحلة المراهقة، وكانت العلاقة الإيجابية بين الآباء والأبناء من بين العوامل الواقية في بيئة الذكور والإناث التي تمت ملاحظتها في السنة الثانية من العمر، وكذلك عدد مصادر المساندة العاطفية التي يمكن للطفل أن يلجأ إليها في الطفولة المبكرة والمتوسطة. في مشروع روشستر عن الصمود لدى الأطفال (٤٣) ذكر التقرير تأثير محدد بالسياق للاندماج في أنشطة منظمة بعد المدرسة للمراهقين المعرضين للخطر. وكذلك كانت عضوية جماعات تقدم خدمات اجتماعية ترتبط بانخفاض خطر السلوك الجانح لدى المراهقين ممن يصاحبون عدداً كبيراً من الأصدقاء ذوى سلوكيات مضادة للمجتمع، ولم يظهر هذا الأثر حين كان عدد الأصدقاء صغيراً.

أهمية الكفاءة والمساندة النمائية المبكرة:

نظراً لأن معظم الدراسات عن الصمود ركزت على الطفولة المتوسطة والمراهقة لم يلق التاريخ المبكر للكفاءة النمائية اهتماماً مناسباً، ولكن دراسة كواي ومنسوتا الطولية (مشروع الآباء - الأبناء) أظهرت أن التاريخ المبكر للتوائم الإيجابي الذي ينشأ عن الرعاية المتسقة الداعمة، له تأثير مستمر على توائم الأطفال وهو يزيد من احتمال استخدامهم لمصادر المساندة الرسمية وغير الرسمية المتاحة في بيئاتهم في مراحل حياتهم في المستقبل.

فقد وجد (٤٤) أن الأطفال الذين لديهم تاريخ مبكر بالتعلق الآمن في فترة الرضاعة ورعاية داعمة في السنتين الأوليتين لديهم قدرة أكبر على التعافي من أثار مرحلة مروا فيها بخبرات سوء التوافق، حين يلتحقون بالمدرسة الابتدائية بالمقارنة بمن ليس لديهم هذا التاريخ في المساندة، وبالمثل فإن الأطفال الذين تمكنوا من الانتقال بصورة إيجابية من سوء التوافق في مرحلة الطفولة المتوسطة إلى الكفاءة في مرحلة المراهقة كان مرجع ذلك رصيدهم في الأساس الإيجابي والدعم المبكر والتوافق الإيجابي.

لقد أظهرت الدراسات الطولية التتبعية التي تناولت الطفولة والرشد أن عملية الصمود النفسي قد تظهر في مراحل لاحقة أو متأخرة من النمو، (٤١) (٤٢) فمعظم الأطفال المعرضين للخطر الشديد والذين أصبحوا من أصحاب المشكلات في المراهقة (لهم سجلات انحراف ومشكلات في الصحة العقلية) معظمهم تعافى في العقد الثالث أو الرابع من العمر وأصبحوا أزواجاً وآباء ومواطنين يتحملون المسئولية في مجتمعهم. الأفراد الذين حققوا لأنفسهم مصدر مساندة غير رسمي في المجتمع والذين اتخذت حياتهم مساراً إيجابياً يختلفون تماماً عمن لم يستطيعوا الاستفادة من هذا البديل، فقد تعرضوا لتفاعلات إيجابية أكثر مع من يرعاهم في السنتين الأوليتين وبالتالي حملت لهم ظروف التنشئة المبكرة إحساساً بالثقة.

تحول التوازن بين التعرض للخطر والصمود النفسى:[1]

تابعت دراسات تتبعية على نطاق واسع مجموعة من الإناث والذكور من الميلاد إلى الرشد (أطفال من بيئات فقيرة، أسر طلاق، أسر ذات أخطار متعددة) وقد تكرر انتقال التوازن بين أحداث الحياة الضاغطة التي ترفع من تعرض الأطفال للخطر وعوامل الحماية التي ترفع من الصمود. تبين في دراسة كواي الطولية وجود نسبة صغيرة من أبناء الذهانيين استطاعت أن تواجه بنجاح أحداث الحياة الضاغطة في مرحلة الطفولة والمراهقة، ولكن بدأ تدهور الصحة العقلية لديهم في العقد الثالث من العمر (٤١).

هناك أطفال آخرون من المعرضين للخطر حققوا نمواً وأصبحوا أكفاء واثقين متعاطفين، ولكنهم شعروا بحاجة ملحة للانفصال عن آبائهم وأخوتهم خشية أن ينجرفوا مع مشكلاتهم العقلية والعاطفية، وينطبق هذا بشدة على أبناء مدمني الكحول ومنهم من عانى من سوء المعاملة حين كان صغيراً. إن التوازن بين بناء ارتباطات جديدة لمن يختارونهم ويحبونهم، وبين فك الارتباط بالأسرة التي تثير الخبرات والذكريات المؤلمة تعتبر نقطة تحول في حياتهم باعتبارهم راشدين، يتراوح الثمن الذي يسددونه من معاناة مشكلات صحية إلى عزلة شديدة في علاقاتهم بالآخرين، ولكن من الزاوية الإيجابية كما تشير دراسة كواي أن الفرص التي تتاح في مراحل التحولات الكبرى في الحياة (التخرج من المدرسة الثانوية، الالتحاق بالعمل، الزواج) مكنت معظم الأفراد المعرضين للخطر ممن عانوا من مشكلات في مرحلة المراهقة أن يتعافوا في سن العشرين أو الثلاثين، وكان التعليم والخدمة العسكرية، والمشاركة الفعالة في خدمة الدين و وجود صديق يساند صديقه وزوج/ زوجة تساند زوجها/ زوجته من أكثر الإمكانات التي أتاحت لهؤلاء الشباب فرصة ثانية للتوافق.

(1) Shifting balance.

ميكانيزمات الحماية: الارتباط فيما بينها عبر الزمن:

كما أن عوامل الخطر قد تظهر في مجتمع أكثر من غيره كالأطفال الفقراء مثلاً، وفي مرحلة نمائية أكثر من غيرها كالمراهقة مثلاً، فإن عوامل الحماية تأتي مجتمعة أيضًا (١٢). فوجود عنقود من المتغيرات المترابطة فيما بينها والتي تقي من المحن في مرحلة زمنية معينة تزيد من احتمال ظهور ميكانيزمات واقية أخرى في مراحل زمنية تالية.

هناك دراسات طولية على مجال واسع تناولت هذا الارتباط والتداخل بين العوامل الواقية ولكنها محدودة العدد. تلقى نتائج دراسة كاواي الطولية الضوء على مسار المتغيرات الكامنة بعد تحليل بيانات الدراسة وتتلخص في ست نقاط على دورة الحياة تصور مدى تعقد ظاهرة الصمود، وتكشف كيف تترابط استعدادات الفرد مع الموارد الخارجية سواء في المساندة أو المشقة منذ الميلاد إلى الطفولة المبكرة ثم الطفولة المتوسطة ثم المراهقة، وكيف تتنبأ هذه المتغيرات بدورها بنوعية التوافق في الرشد (٤١) (٤٢).

تبين من دراسة الارتباط بين الاستعداد الشخصي والموارد الخارجية أن الرجال والإناث الذين حققوا توافقًا في منتصف العمر على الرغم مما تعرضوا له من محن في الطفولة اعتمدوا على موارد الأسرة والمجتمع التي تتمثل في المساندة التي أضافت إلى كفاءتهم وفاعليتهم وحدت من الأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها وفتحت أمامهم فرصًا جديدة.

تظهر العمليات الواقية التي تنمي الصمود في بداية الحياة، وعلى مر العقود كان هناك ارتباطًا إيجابيًا بين كفاءة الأمهات في مرحلة الطفولة وبين توافق الأبناء في مرحلة الرشد ٣٢-٤٠ سنة. كانت الفتيات اللاتي تلقين معاملة متسقة وإيجابية من أمهاتهن أكثر أوتونومية في سن الثانية وأكثر كفاءة في سن العاشرة، وكانوا أكثر جذبًا للمساندة الوجدانية في الطفولة والمراهقة وأقل تعرضًا لأحداث الحياة الضاغطة

مقارنة بفتيات الأمهات الأقل كفاءة. أما الذكور من أبناء الأمهات الأعلى كفاءة فكانوا أكثر نجاحًا في سن المدرسة وكانوا يتصفون بالكفاءة وسعة الحيلة في سن ١٨ سنة ويستفيدون مما يقدم لهم من مساندة وجدانية مقارنة بأبناء الأمهات الأقل كفاءة في رعايتهن لأبنائهن.

وكان هناك ارتباط إيجابي بين الأوتونومية في سن الثانية والكفاءة الدراسية في سن العاشرة سواء بالنسبة للإناث أو الذكور، وكان الأولاد الأكثر أوتونومية في سن الثانية أقل تعرضًا لأحداث الحياة الضاغطة (في العقد الأول) والمشكلات الصحية في الطفولة والمراهقة، وكانت الإناث الأكثر أوتونومية في سن الثانية أقل تعرضًا للمشكلات الصحية ومشكلات الحياة بصفة عامة حتى سن الأربعين.

كان هناك ارتباط إيجابي بين عدد مصادر المساندة الوجدانية، التي حصل عليها الأولاد أو البنات في الطفولة وكفاءتهم في الدراسة في سن العاشرة ونوعية توافقهم من سن الأربعين، وقد قرر الأفراد الذين كان لديهم سندًا يعتمدون عليه أو مصدر مساندة وجدانية قرروا أنهم أقل تعرضًا لأحداث الحياة الضاغطة مقارنة بمن لم تتح لهم المساندة الوجدانية.

كان هناك ارتباط بين الكفاءة الدراسية في سن العاشرة بالنسبة للذكور والإناث والفاعلية الذاتية والقدرة على عمل خطط واقعية في سن ١٨ سنة. الذكور ذوو الكفاءة الدراسية الأعلى في سن العاشرة كانت مشكلاتهم الصحية أقل في مرحلة المراهقة وكانت درجاتهم على النشاط في مقياس المزاج أعلى في سن ٣٢ سنة، وكانوا يحققون لأنفسهم مصادر أكثر للمساندة الوجدانية في الرشد. وكذلك كانت الإناث ذوو الكفاءة الدراسية الأعلى في سن عشر سنوات كن أكثر استقطابًا لمصادر المساندة الوجدانية في المراهقة، وبالنسبة للإناث والذكور كان هناك ارتباطًا بين عدد مصادر المساندة العاطفية التي يمكنهم الاعتماد عليها في المراهقة والفاعلية الذاتية والقدرة على عمل خطط واقعية في سن الثامنة عشر.

وكان الذكور والإناث ممن لديهم سعة الحيلة وممن يجيدون التخطيط لحياتهم في سن الثامنة عشر درجاتهم أعلى على مقاييس جودة الحياة في سن الأربعين، وكان هناك ارتباط بين المزاج ونوعية التوافق في الرشد، وكان الذكور ذوو الدرجات المرتفعة على مقياس النشاط على مقياس جودة الحياة في سن ٣٢ مواجهتهم للحياة أفضل في سن ٤٠ سنة مقارنة بالذكور ذوى الدرجات المنخفضة على مقياس النشاط. وكانت الإناث ذوو درجات المشقة والكرب الأعلى في سن ٣٢ لديهم مشكلات صحية أكثر ودرجات أقل على مقياس جودة الحياة في سن ٤٠ .

وكان معظم التباين في نوعية التوافق في سن ٤٠ سنة تفسره منبئات الصمود (المتغيرات المرتبطة بالمواجهة الناجحة في سن ٢، ١٠، ١٨) ومعظم التباين يعزى لأربعة عناقيد من العوامل الواقية والتي تقاس كل منها مستقلاً وهي: (١) كفاءة الأم وتتضمن عنقوداً من المتغيرات تتضمن سن الأم ومستوى تعليمها ونسبة التفاعل الإيجابي مع طفلها، وذلك من ملاحظتها في البيت مع طفلها في سن سنة وكذلك في المقاييس النمائية في سن سنتين). (٢) عدد مصادر المساندة الوجدانية المتاحة للطفل بين سن ٢ – ١٠ سنوات (الأقارب). (٣) الكفاءة في الدراسة في سن ١٠ سنوات (عنقود المتغيرات يتضمن الذكاء والدرجة على اختبار التفكير والدرجة على اختبار القراءة). (٤) حالة الطفل الصحية (بين الميلاد وسنتين بالنسبة للإناث، وبين الميلاد وعشر سنوات بالنسبة للذكور) وتشير هذه النتائج إلى أهمية العقد الأول من الحياة في وضع أساس الصمود، وتحتاج هذه المتغيرات أن تدعم من خلال القيام بدراسات طولية أخرى تزودنا ببيانات عن الكفاءة في مراحل النمو المبكرة.

الفروق فى الجندر (النوع) :

تشير كل الدراسات الطولية للخطر والصمود إلى الفروق بين الجنسين والتي تتغير بتغير مراحل النمو وتبعًا للمطالب، التي توجه لكل جنس في سياق التوقعات السائدة في المجتمع عن النوع في الثقافة الغربية.

في كل مرحلة نمائية بدءاً من المرحلة الجنينية ومرحلة الرضاعة ترتفع نسبة الوفاة لدى الذكور مقارنة بالإناث، في الطفولة والمراهقة تظهر مشكلات التعلم والسلوك وتظهر أعراض خارجية لدى الذكور أكثر من الإناث. على عكس المراهقة المتأخرة وبداية الرشد كانت الإناث أكثر من الذكور في الأعراض الداخلية وخاصة الاكتئاب (٦) (١٠) (٤٠).

ولكن نسبة الإناث الذين يتغلبون على مشكلاتهم في مرحلة المراهقة وينجحون في المرحلة الانتقالية من الشباب إلى الرشد تفوق نسبة الذكور على الأقل في دراسة كواوي، العوامل الواقية الداخلية كالمزاج والكفاءة في المدرسة والفاعلية الذاتية، لها إسهام كبير في نوعية التوافق في مرحلة الرشد بالنسبة للإناث أكثر من الذكور الذين نجحوا في مواجهة المحن في حياتهم، على عكس ذلك فإن مصادر المساندة المتاحة في الأسرة والمجتمع يكون لها تأثير أكبر على حياة الرجال، الذين نجحوا في التغلب على محن الطفولة (٤٢).

الجوانب البيولوجية المهمة ولكنها مهملة فى الصمود:

نظراً لأن معظم الدراسات التي تناولناها في هذا الفصل أجراها باحثون تربويون أو نفسيون أو اجتماعيون، مما أدى إلى إهمال نسبي للمتغيرات البيولوجية والوراثية المهمة التي يمكن أن تلطف أو تعدل من تأثير الضغوط والمحن في مرحلة الطفولة على جودة التوافق في المراحل المختلفة في دورة الحياة.

الصحة:

مما يثير الدهشة إهمال الحالة الصحية العامة في معظم الدراسات التي اهتمت بالصمود والتعرض للخطر. حتى في الدراسات الطولية ذات النطاق الواسع والتي كانت تركز على الصحة والنمو كانت المتغيرات، التي تضمنتها معادلة الانحدار المركبة

التي تبحث عن عوامل الصمود معظمها متغيرات نفسية أو اجتماعية أو تربوية وليست صحية (١٠) (٣٥).

وتشير نتائج تحليل دراسة كواوي الطولية إلى وجاهة الكشف عن تأثير الصحة الجيدة أو المرض، الذي يصيب صاحبه بالعجز أو الحوادث على قدرة الطفل على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والمحن. في دراسة كواوى تبين أنه في كل مرحلة من مراحل الحياة منذ الطفولة المبكرة إلى الرشد كان الأفراد الذين مروا بأحداث ضاغطة أكثر مروا بمشكلات صحية أكثر، مشكلات الطفولة في الطفولة المبكرة (عدد الأمراض أو الحوادث الخطيرة تبعًا لما يذكره الوالدان بين الميلاد وسن سنتين وعدد مرات تحويل الطفل لمراكز الرعاية الصحية، وتقرير طبيب الأطفال السلبي عن حالة الطفل الصحية في سن سنتين، كان بينها ارتباط دال مع مواجهة المشكلات في الرشد في سن ٣٢ سنة، ٤٠ سنة (٤١) (٤٢).

على الجانب الإيجابي فإن الصحة في المرحلة ما قبل الميلاد (عدم وجود مشكلات في الحمل والولادة) كانت منبأ مهمًا في حياة المراهقين من أبناء مريضات عقليات وقد تكرر ظهور هذه النتائج في دراسة كوبنهاجن، وفي دراسة تضمنت أطفالا في سن ١٥ سنة لأمهات مريضات بالاكتئاب شاركن في دراسة جامعة ماتر (٤).

التفاعل بين الجينات والبيئة:

هناك دليل قوي على أهمية الدور الذي تلعبه العوامل الجينية في احتمال تعرض الأفراد للمرض النفسي كإدمان الكحول والسلوك المعادي للمجتمع، والأمراض العقلية الشديدة كالفصام، كثير من الدراسات والتي تضمنت دراسة كوبنهاجن (٢٧) ودراسة كواوى التي أشارت نتائجها إلى أن البيئات المتأزمة تتضمن أيضًا بيئة ضاغطة أثناء الحمل لها أشد النتائج السلبية على الأفراد المهيئين جينيًا للخطر، ومنهم أبناء مدمني الكحول والأمهات الفصاميات(٤٢).

يلعب التفاعل بين البيئة والجينيات دورًا مهمًا في ظاهرة الصمود، في دراسة طولية استغرقت ٢٦ سنة وشارك فيها ٨٤٧ قدمت دليلا على التفاعل بين الجينات والبيئة حيث كانت استجابة الفرد لمشكلات الحياة تتعدل ببنائه الجيني (٥) (٦).

الأفراد الذين يحملون صورتين من الجين (القصير)[1] من (ناقل السيروتونين) ظهرت عليهم علامات الاكتئاب حيال أربعة أحداث حياتية ضاغطة أو أكثر بين سن ٢١، ٢٦ سنة أكثر من الأفراد الذين يحملون الجين الطويل[2]، مما يثير الاهتمام بصفة خاصة أن سوء المعاملة في العقد الأول من الحياة كان منبأ بالاكتئاب بالنسبة للأفراد الذين يحملون الجين القصير فقط وليس من يحملون الطويل(٦).

في تحليل آخر لنتائج نفس الدراسة وجد أن الجين الذكوري، الذي يشفر الناقلات العصبية للتمثيل الغذائي لأنزيم مونو أمينو أسيد كان يعدل تأثير سوء المعاملة لدى الذكور.

كما وجد أن الأولاد ذوى النمط الخاص بمستويات مرتفعة من إنزيم ١ . والذين تعرضوا لسوء المعاملة في الطفولة كان احتمال ظهور مشكلات معاداة المجتمع لديهم (مشكلات المسلك ما بين سن ١٠ - ١٨ سنة، الإدانة في جرائم العنف في سن ٢٦ سنة) أقل مقارنة بمن لديهم مستويات منخفضة من نشاط الأنزيم (٥). ويرى الباحثون أن هذه النتائج لابد وأن تصمد عند إعادة التجربة، حيث إن التفكير في تطبيقها في المجال الإكلينيكي مازال سابقًا لأوانه.

الآباء مدمنو الكحوليات:

تشير الدراسات (٣١) إلى أن التدخل البيئي قد يكون مطلوبًا بشدة للأطفال المعرضين للخطر جينيًا، ولقد أهملت دراسة الأطفال من أبناء مدمني الكحول في

(1) Short allele of the 5-HTT gene.

(2) Long Allele

الدراسات الطولية ويمثلون أكبر المجموعات المعرضة للخطر حجماً. قدرت الدراسة القومية المسحية الطولية الوبائية[1] للكحول أن ٢٨ مليون يعيشون في أسر فيها أحد الوالدين أو كليهما لديه اعتماد أو سوء استخدام للكحول في وقت ما قبل بلوغ أبنائهم سن ١٨ سنة (١٣) ويمثل هذا الرقم المفزع إحدى المشكلات الكبرى الأساسية في الصحة العامة.

قليل من الدراسات الطولية تلك التي تناولت حياة هؤلاء الأطفال المعرضون بصورة خاصة للتأثير السلبي للبيئة الأسرية السيئة بسبب استعدادهم الجيني لسوء استخدام المواد الكحولية (٤٢) (٤٥). تتفق تقارير دراسة كواوي الطولية على الأطفال من الجنسين لآباء من مدمني الكحول، مع تقارير دراسة جامعة متشجان على أبناء آباء مدمني الكحول، فيما توصلوا إليه من نتائج، حيث إن أطفال مدمني الكحول الذين نجحوا في مواجهة أحداث الحياة على الرغم من المحن الأسرية العديدة التي تعرضوا لها كانوا أقل في الاستجابة الانفعالية وأقل في التعبير الخارجي في الطفولة المتوسطة والمراهقة، كما أنهم كانوا أكثر ذكاء ولديهم مهارات أفضل في القراءة مقارنة بأقرانهم ذوى المشكلات (٤٥).

كما أشارت نتائج دراسة كواوى الطولية إلى التأثير الإيجابي لما يأتي: (أ) العلاقة القوية القريبة بأحد الوالدين أو بديلاً عن الوالدين من غير مدمني الكحول. (ب) خبرات مدرسية ناجحة. (ج) عضوية جماعة دينية توفر الإحساس بالتماسك. (د) صديق حميم يقدم المساندة العاطفية (٤١) (٤٢).

دراسات تقييم فاعلية البرامج المصممة لتنمية الصمود:

ليس من السهل التدخل المقصود في حياة الأطفال (٣٤) فنحن نعرف كيف ننقذ الأطفال من الظروف شديدة السوء ونعيدهم إلى مسارات نمائية سوية، ولكن في حدود

(1) 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiological.

خصائصهم الوراثية كالذكاء والمزاج (النشاط، والاستثارة والميل الاجتماعي) واستجاباتهم النفسية البيولوجية (استجابة الجهاز المناعي والجهاز الدوري في المواقف الضاغطة). منذ الثمانينيات ظهرت العديد من البرامج لتنمية الكفاءة والقوة والمقومات الإيجابية لدى الأطفال المعرضين للخطر في أمريكا، وقد ركز معظمها على الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وفي سن المدرسة، وحتى الآن فإن برامج التقييم التي تختبر فاعلية هذه البرامج على المدى الطويل محدودة للغاية.

وتعد دراسة شيكاجوا الطولية التي بدأت عام ١٩٨٣ استثناء، حيث تهدف لاختبار أثر برنامج[1] مركز الأبناء - الآباء وهو أقدم برامج التدخل في الولايات المتحدة، وثاني أكبر برنامج يلقي الدعم المالي من الدولة (بعد هيدستارت) ويركز البرنامج على تعلم اللغة ومشاركة الوالدين ويقدم خدمات تدعم الجوانب التربوية والأسرية للأطفال المحرومين من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى المرحلة الابتدائية (٣-٩ سنوات)، وتغطي البيانات المستمدة من حوالي ١٠٠٠ مشارك في مدارس شيكاجو الحكومية عقدين من الزمن.

هناك تقارير (٢٩) تقدم نتائج تحليل المسار وتمثل نموذجًا لتأثير المشاركة في مرحلة ما قبل المدرسة من ٣-٥ سنوات، مهارات معرفية في سن ٥ سنوات، انشغال الأب/الأم بأمر الطفل في المدرسة من ٨-١٢ سنة، نوعية المدرسة في سن من ١٠-١٤ سنة على التحصيل والحفاظ على مستوى الدرجات من سن ١٤-١٥، وضعف احتمال التحويل للتربية الخاصة أو التسرب من المدرسة الثانوية في سن ٢٠ سنة.

بلغت قيمة متوسط حجم التأثير ٠.٧٠ وانحراف معياري وهي قيمة متواضعة ولكنها أعلى مما ورد في دراسات كثيرة استخدمت التحليل الفوقي[2] لتقدير فاعلية البرامج الوقائية للصحة العقلية والتي يقع متوسطها حول ٠.٣٤ وانحراف معياري

(1) Child - parent center program.

(2) Meta-analysis.

وعدد كبير لبرامج علاجية نفسية وسلوكية والتي يقع متوسطها حول ٤٧. وانحراف معياري، الأطفال الذين التحقوا ببرامج في أشد الأحياء فقراً كانوا الأكثر استفادة من برنامج مركز الأطفال والآباء.

ونظراً لأن المسار الذي يؤدي إلى التوافق الإيجابي على الرغم من وجود المحن في الطفولة مساراً مركباً يتأثر بشدة بالسياق، فليس من المحتمل أن نكتشف (طلقة سحرية)[1] أو نموذج لبرنامج تدخلي يحقق النجاح دائماً ومع كل الأطفال الذين ينشأون في ظروف صعبة، ويجب ألا تكون هذه المعلومة مصدراً لليأس، إنما هي تعني أن علينا توخي الحرص عند القفز إلى النتائج بتأثير حماس اللحظة (٣١).

الخاتمة:

أشارت الدراسات الطولية التي امتدت من الطفولة إلى الرشد إلى تنقل التوازن بين أحداث الحياة الضاغطة وعوامل الخطر التي تزيد من تعرض الطفل أو استهدافه للخطر، وبين الاستعدادات الداخلية ومصادر المساندة الخارجية التي ترفع الصمود لديهم، ويتغير هذا التوازن بتغير مراحل الحياة بالنسبة لكل من الجنسين كما يتغير بالسياق الثقافي.

إن تكرار ظهور نفس منبآت الصمود في نتائج الدراسات الطولية التي أجريت على جماعات عرقية مختلفة وقطاعات جغرافية مختلفة يعطي هذه المنبآت مصداقية، في معظم الحالات كانت العوامل التي تؤدي إلى الآثار السلبية للمحن، التي يتعرض لها الأطفال تكون هي نفسها ذات فائدة للأطفال الذين يعيشون في أسر آمنة ومستقرة، ولكن هذه العوامل تكتسب أهمية خاصة حين تكون المحن شديدة. أشارت الدراسات الطولية إلى أن تاريخ النمو الذي يتصف بالكفاءة إلى جانب الرعاية والمساندة له تأثير قوي

(1) Magic Bullet

ودائم على توافق الأطفال في المراحل التالية من دورة الحياة، كما أنه يرفع من احتمال تعافيهم من مراهقة مثقلة بالمشكلات والمتاعب.

إن المسارات التي تؤدي إلى التوافق الإيجابي على الرغم من المحن التي يواجهها الطفل مسارات مركبة، ولذلك فهناك حاجة شديدة لرسم خريطة التداخل بين الاستعدادات الشخصية ومصادر الدعم الخارجية التي تزيد من الكفاءة والفاعلية الذاتية، وتحد من تأثير السلسلة السلبية وتفتح أبواب الفرص سواء في الظروف الطبيعية في الحياة أو في برامج التدخل.

هناك حاجة لتركيز البحوث الطولية على التفاعل بين البيئة والجينات الذي يعدل من استجابة الفرد لأحداث الحياة الضاغطة، وكذلك هناك حاجة إلى رؤية عبر حضارية تركز على الأطفال المهاجرين من الدول النامية والذين تعرضوا لعوامل خطر نفسية واجتماعية وبيولوجية كثيرة تزيد من استهدافهم للخطر مقارنة بأقرانهم الذين نشأوا في ظروف أكثر استقراراً، كما أننا في حاجة لمعرفة أكبر عن الاستعدادات الشخصية ومصادر الدعم في الأسرة والمجتمع التي مكنت هؤلاء الأطفال من تجاوز الحدود الثقافية والنجاح في مواجهة سياقات متعددة تحمل مخاطر هائلة، وإذا ما تحققت لنا هذه المعرفة نستطيع أن نقول إننا نعرف ما يجعل أطفالنا يتعايشون ويزدهرون على الرغم من المحن.

REFERENCES

1-Anthony, E. J. (1987). Children at high risk for psychosis growing up. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 147–184). New York: Guilford.

2-Bolger, K. E., & Patterson, C. (2003). Sequelae of child maltreatment: Vulnerability and resilience. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 156–181). New York: Cambridge University Press.

3-Bracken, B. A., & Lamprecht, M. S. (2003). Positive self-concept: An equal opportunity construct. *School Psychology Quarterly, 18*, 103–121.

4-Brennan, P., Le Broque, R., & Hammen, C. (2002, September). *Resilience in children of depressed mothers: A focus on psychological, behavioral and social outcomes at age 15 years.* Paper presented at the meeting of the Society for Life History Research is Psychopathology, New York.

5-Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W. et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science, 297*, 851–853.

6-Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. et al. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science, 30*, 386–389.

7-Cederblad, M. (1996). The children of the Lundby Study as adults: A salutogenic perspective. *European Child and Adolescent Psychiatry, 5*, 38–43.

8-Egeland, B., Carlson, L., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology, 5*, 517–528.

9-Farber, E. A., & Egeland, B. (1987). Invulnerability among abused and neglected children. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 253–288). New York: Guilford.

10-Fergusson, D. M., & Horwood, J. L. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities,* (pp. 130–155). New York: Cambridge University Press.

11-Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*(3), 281–292.

12-Gore, S., & Eckenrode, J. (1994). Context and process in research on risk and resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents* (pp. 19–63). New York: Cambridge University Press.

13-Grant, B. F. (2000). Estimates of U.S. children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health, 90*, 112–115.

14-Herrenkohl, F. C., Herrenkohl, R. C., & Egolf, B. (1994). Resilient early school age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry 64*, 301–309.

15-Hetherington, E. M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers, and survivors. *Child Development, 60*, 1–14.

16-Hetherington, E. M., & Elmore, A. M. (2003). Risk and resilience in children coping with their parents' divorce and remarriage. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 182–212). New York: Cambridge University Press.

17-Hetherington, E. M., & Kelley, J. (2002). *For better or for worse: Divorce reconsidered.* New York: Norton.

18-Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1999). Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In G. Opp, M. Fingerle, & A. Freytag (Eds.), *Was Kinder stärkt (What Makes Children Strong?)* (pp. 71–93). München: Ernst Reinhardt Verlag.

19-Losel, F., & Bliesener, T. (1990). Resilience in adolescence: A study on the generalizability of protective factors. In K. Hurrelmann & F. Losel (Eds.), *Health hazards in adolescence* (pp. 299–320). Berlin and New York: de Gruyter.

20-Luthar, S. S. (Ed.). (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities.* New York: Cambridge University Press.

21-Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543–562.

22-Luthar, S. S., & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510–550). New York: Cambridge University Press.

23- Masten, A. S. (2003). Commentary: Developmental psychopathology as a unifying context for mental health and educational models, research and practice in schools. *School Psychology Review, 32*, 169–173.

24- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1–28). New York: Cambridge University Press.

25- McGee, R. (2003, June). *Participation in clubs and groups from childhood to early adulthood: Effects on perceived competence and attachment.* Poster session presented at the 11th Scientific Meeting of the International Society for Child and Adolescent Psychopathology, Sydney, Australia.

26- Mednick, S. A., Parnas, J., & Schulsinger, F. (1987). The Copenhagen High Risk Project. *Schizophrenia, 16*(3), 485–495.

27- Parnas, J., Cannon, T. D., Jacobsen, B., Schulsinger, H., Schulsinger, F., & Mednick, S. A. (1993). Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers: Results from the Copenhagen High Risk Study. *Archives of General Psychiatry, 56*, 707–714.

28- Radke-Yarrow, M., & Brown, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Development and Psychopathology, 5*, 581–592.

29- Reynolds, A. J., & Ou, S. R. (2003). Promoting resilience through early childhood intervention. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 436–462). New York: Cambridge University Press.

30- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 216–331.

31- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (2nd ed., pp. 651–681). New York: Cambridge University Press.

32- Rutter, M. (2002). Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development, 23*, 1–21.

33- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 364–391). New York: Cambridge University Press.

34- Scarr, S. (1992). Developmental theories for the 1990's: Development and individual differences. *Child Development, 63*, 1–19.

35- Schoon, I. (2001). Risk and resources: A developmental-contextual approach to the study of adaptation in the face of adversity. In R. K. Silbereisen & M. Reitzle (Eds.), *Psychologie 2000*. Berlin: Pabst Science Publishers.

36- Seifer, R., Sameroff, A. J., Baldwin, C. P., & Baldwin, A. (1992). Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 893–903.

37- Wadsworth, M. (1999). Ergebnisse der Resilienzforschung in Grossbritannien. In G. Opp, M. Fingerle, & A. Freytag (Eds.), *Was Kinder stärkt (What Makes Children Strong?)* (pp. 59–70). München: Ernst Reinhardt Verlag.

38- Wallerstein, J. S., & Blakeslee, S. (1989). *Second chances: Men, women, and children a decade after divorce.* New York: Ticknor Fields.

39- Wallerstein, J. S., & Kelley, J. B. (1980). *Surviving the break-up: How children and parents cope with divorce.* New York: Basic Books.

40- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth.* New York: Adams, Bannister, Cox (original work published by McGraw Hill, 1982).

41- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

42- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

43- Wyman, P. A. (2003). Emerging perspectives on context specificity of children's adaptation and resilience: Evidence from a decade of research with urban children in adversity. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 293–317). New York: Cambridge University Press.

44- Yates, T. M., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 243–266). New York: Cambridge University Press.
45- Zucker, R., Wong, M. M., Puttler, L. I., & Fitzgerald, H. E. (2003). Resilience and vulnerability among sons of alcoholics: Relationship to developmental outcomes between early childhood and adolescence. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 76–103). New York: Cambridge University Press.

الفصل الثامن

قياس الصمود النفسي لدى الأطفال
من النظرية إلى التطبيق

جاك ناجليري،

پول أ.لوبوف

يؤكد هذا الفصل على ضرورة أن تتضمن المفاهيم والبناءات[1] في علم النفس الإكلينيكي خصائص محددة حتى يمكن إخضاعها للقياس التجريبي، وهنا لابد أن نعرف الصمود النفسي، ونجد طريقة لقياسه، ونحدد كيفية توظيفه والاستفادة منه. لابد أن يكون التعريف إجرائيًا حتى يكتسب ثباتًا عبر الزمن، وعبر الأفراد، وعبر الباحثين، وعندما نطمئن لبنائه نتجه لقياس صدقه، وهكذا بعد أن نعرف المفهوم إجرائيًا ونحدد ثباته وصدقه، يمكننا أن نوظفه في المجال الإكلينيكي أو التربوي وغيره من المجالات.

علم النفس الإكلينيكي له منطلقان: المنطلق التطبيقي والمنطلق البحثي، في المنطلق التطبيقي نسعى لمساعدة العميل من خلال تطبيق مناح متنوعة وجديدة، حتى وإن كانت لم يستكمل اختبارها، فإذا كانت الفكرة منطقية وتساعد العميل فإنها تكتسب مصداقية حتى وإن لم يكن التعريف واضحًا تمامًا. ولكن للأسف إن ما قد يبدو منطقياً في الممارسة قد لا تثبت صحته، فنتائج الأبحاث الإمبريقية تكشف عن صعوبة أن يتعلم العاملون في مجال الصحة العقلية من الخبرة الإكلينيكية. ولذلك يجب أن نعطي النتائج

(1) Constructs.

البحثية وزنًا أكبر من وزن الخبرة الإكلينيكية وليس العكس. ويجب أن يكبح العلم حماس الممارسة ويصدق هذا بصفة خاصة عندما نتعامل مع منحى علاجي أو مفهوم جديد.

هناك تفاعل طبيعي ومرغوب بين الجانب البحثي والجانب التطبيقي تفرضه طبيعة المجال. ولنا أن نفترض أن المجال سوف يتقدم من خلال الاحترام والتعاون المتبادل بين من يؤكدون على العلم أكثر من الممارسة، ومن يؤكدون على الممارسة أكثر من العلم. إن الحاجة للتوازن بين البحث والممارسة تبدو واضحة في دراسة العوامل الخاصة بالصمود، فقد أفاد البحث من الإسهامات المهنية الموجهة لمساعدة الأطفال على التغلب على الصعاب، وكذلك الأبحاث التي تدرس العلاقات المتداخلة بين المتغيرات التي تنبئ بالنتائج الجيدة. وهنا يجب تحديد المفاهيم بطريقة إجرائية يمكن قياسها وتحقيق الثبات فيها قبل التقدم لاختبار صدقها. إن الهدف من هذا الفصل هو قياس العوامل المرتبطة بالصمود بصورة ثابتة وصادقة وهذا تحد حقيقي.

الصمود النفسي: قضايا القياس:

تحديد المصطلح: ما الصمود النفسي؟

رغم أن المفهوم ظهر في المجال منذ ١٩٥٠ ، فإن جدية البحث فيه ترجع لعقد مضى فقط. ويجمع الباحثون على أن الصمود يشير إلى وجود نتائج إيجابية وتوافق وتحقيق الكفاءات النمائية في مواجهة المخاطر أو الصعاب أو الضغوط. ويتطلب الصمود تحقيق معيارين(١١): الأول أن يتعرض الفرد لمخاطر أو صعاب شديدة ، والثاني أن يحقق الفرد نواتج نمائية طبيعية.

مجال دراسة الصمود يتكون أولاً من قياس مصادر الخطر والصعاب في حياة الأفراد وهناك منحيان لقياس الخطر والصعاب: منحى أحداث الحياة الكبرى وتركز على الأحداث الصادمة كموت أحد الوالدين أو الطلاق. وتقاس أحداث الحياة الكبرى

عادة باستخدام قوائم تقيس مدى واسع من الأحداث الصادمة مثل مقياس مصادر الضغوط (المشقة)[1] (٤) وقائمة أحداث الحياة[2] (١٨).

رغم أن أحداث الحياة الكبرى مصدر مهم للخطر والمحن، فإن قصر الاعتماد عليها موضع نقد لاعتباره غير مكتمل، ويؤخذ على هذا المنحى إغفاله مواقف الحياة اليومية. ولكي تكتمل الصورة عن الخطر والمحن يوصى باستخدام مقياس في منغصات الحياة[3]. وتشير منغصات الحياة لمصادر الخطر الأقل عنفًا أو أقل شدة إلا أنها تتميز بالازمان حين تقارن بأحداث الحياة الأساسية ، مثال للمنغصات لدى الأطفال الصغار التغيير المتكرر لمن يرعى الطفل ، وسوء الرعاية ، وأسلوب غير متسق أو أسلوب جاف في التدريب على النظام. ويعتبر مقياس المنغصات اليومية مثالاً جيداً لهذا المنحى (٧).

بعد تحديد المخاطر في حياة الفرد يمكن قياس نواتج النمو، وهي تحقيق علامات النمو والقيام بمهام نمائية في الحدود العادية، وتتميز النواتج الإيجابية بغياب المرض النفسي، أو غياب مظاهر الاضطراب لدى جماعة من المستهدفين للخطر، فإذا حقق الفرد نمواً جيداً رغم وجود المخاطر والمصاعب فهو صامد.

كيف قمنا بقياس الصمود؟

ليس من السهل قياس المتغيرات التي ساعدت الأطفال على اجتياز المصاعب بنجاح، لأن قياس الصمود قياس غير مباشر، إنما يستدل عليه من وجود عوامل الخطر وعوامل التوافق. الصمود مخرج[4] وليس سمة في ذاتها يمكن تعريفها

(1) Sources of Stress Inventory.

(2) Life Events checklist.

(3) The Daily Hasseles.

(4) Outcome.

وقياسها. وقد أدى هذا إلى البحث عن متغيرات يمكن أن تؤدي إلى أو تنبئ بالصمود وليس قياسه مباشرة. هذه المتغيرات التي تؤدي إلى الصمود يمكن الإشارة إليها باعتبارها عوامل واقية وتعرف باعتبارها خواص أو عمليات وسيطة تحول دون الآثار السلبية للضغوط، وتؤدي بالتالي إلى نتائج سلوكية ونفسية أكثر إيجابية مما يمكن توقع حدوثه إذا لم تتوفر تلك الخواص والعمليات (١٢). ومما يزيد الموقف تعقيداً فهمنا أن الصمود دالة على التفاعل المركب بين العوامل الواقية وعوامل الخطر وبالتالي فهو مفهوم متعدد المتغيرات. وأخيراً فمن المهم أن نأخذ في الاعتبار أن قياس إمكانية الطفل في أن يكون صامداً لأحداث الحياة في المستقبل أمر أكثر صعوبة.

هناك العديد من المتغيرات التي تؤثر في الصمود، وهي متغيرات فضفاضة تتراوح من القدرة العقلية إلى الإيمان وهي متغيرات خاصة بالطفل ، ومتغيرات خاصة بالأسرة تتراوح من المستوى الاقتصادي إلى السواء النفسي لدى الآباء ، ومتغيرات خاصة بالمجتمع تتراوح من الأمن إلى نقاء الهواء والماء ، ومتغيرات خاصة بثقافة الجماعة المباشرة تتراوح من قيمة التعليم إلى الاتجاه نحو العنف. كيف يمكن قياس هذه المتغيرات قياساً ثابتاً؟ كيف يمكن التنسيق بينها لنصل إلى منبئ ثابت بالصمود ؟

لقد استخدمت الدراسات التي تقيس متغيرات الصمود العديد من المناهج التجريبية والأساليب المنهجية وغير المنهجية والمقاييس المقننة وغير المقننة. وتتراوح القوائم المستخدمة من مقاييس تقدير السلوك ومقاييس مفهوم الذات إلى التقدير غير المقنن المبني على الملاحظة الإكلينيكية، أو التقدير الاجتماعي أو مقاييس المهارات الاجتماعية، ومقاييس الذكاء والتحصيل، أو مقابلة الآباء للتعرف على الممارسات الوالدية، أو الجوانب الوجدانية الإيجابية والسلبية، وهذا قليل من كثير مما يدعونا للتساؤل هل هناك متغيرات لم تتضمنها دراسات المتغيرات الواقية والمتغيرات الخطرة؟ هل هناك متغيرات خاصة بالصمود لم ترد في غيرها من المفاهيم النفسية؟

إن وجود هذا الكم الهائل من المتغيرات التي استخدمت لقياس إمكانية الصمود يوحي بأن الباحثين اتخذوا منهج دراسة الحالة للإجابة عن التساؤلات البحثية. إن

قائمة مقاييس العوامل الواقية تبدو كأنها تقرير نفسي يتضمن المجالات الأساسية، وبالتالي فهي تتضمن تاريخ الطفل (جوانب جسمية)، بيئة الأسرة (المستوى الاقتصادي و معاملة الآباء و الأخوة) والأداء المدرسي (التحصيل داخل الصف والأداء على المقاييس القومية) والذكاء والجوانب الوجدانية والسلوكية (مقاييس التقدير التي يملأها الآباء والمعلمون) والمقابلات ومقاييس مفهوم الذات والتصنيفات الإكلينيكية. الهدف من هذا التجميع اكتشاف أي المتغيرات أكثر أهمية في الصمود، ولكن علينا أن ننتبه أن هذه المتغيرات ليست متكافئة من حيث تحقيقها للخصائص السيكومترية.

إن استخدام المقاييس المنهجية وغير المنهجية لقياس المتغيرات الواقية يؤدي إلى عدم اتساق النتائج، مثال: ممكن قياس المكانة الاجتماعية بعمل مقابلة، أو استبيان غير مقنن أو مجرد توصيف الزملاء، ولكن إمكانية إعادة هذه الطرائق بواسطة باحثين آخرين يجب أن يكون موضع دراسة، إضافة لذلك فالانتقال من مجال البحث إلى مجال التطبيق يتطلب التدقيق في الأدوات. وإذا كانت هذه الطرائق تسهم في دراسة الصمود إلا أن تعميم مقاييس ذات مواصفات علمية دقيقة يتوفر لها الثبات والصدق أمر حتمي إذا أردنا أن نحول المفاهيم النظرية الخاصة بالصمود إلى تطبيقات تخدم الأطفال.

فيما يلي بعض المقترحات التي نقدمها للباحثين والممارسين وتتناول القضايا الأساسية في القياس ومدى تأثيرها على الممارسات الإكلينيكية، مؤكدين على تطبيقات الممارسة الإكلينيكية لمفهوم الصمود.

قضايا القياس الأساسية:

الثبات

الثبات خاصية سيكومترية أساسية لضمان الدقة وتستخدم في البحث العلمي وفي الممارسة وهو مهم للممارس لأنه يحدد حجم الخطأ في القياس. إذا كانت أي درجة تحصل عليها تتكون من الدرجة الحقيقية بالإضافة إلى خطأ القياس(٦) فإننا

لا نستطيع أبداً قياس الدرجة الحقيقية، وهكذا فإننا نصفها على أساس مدى من القيم تقع فيها درجة الفرد، ويتحدد حجم المدى بثبات القياس. وهذا ما يدعونا أن نقول إن طفلاً ما حصل على درجة معينة ١٠٥ + ٥ وتشير إلى أن احتمال أن تقع درجة الطفل الحقيقية بين ١٠٠-١١٠ ، يصل إلى ٩٠٪ وتسمى نسبة الثقة وتحسب بالحصول على الخطأ المعياري للمقياس من معامل الثبات والانحراف المعياري للدرجة في المعادلة الآتية (٦):-

الخطأ المعياري للقياس = الانحراف المعياري × $\sqrt{}$١- الثبات.

الخطأ المعياري للمقياس هو متوسط الانحراف المعياري لدرجات الفرد حول الدرجة الحقيقية، ولذلك إذا جمعنا وطرحنا خطأ معياري من الدرجة التي حصل عليها الفرد نستطيع أن نقول إن هناك فرصة قدرها ٦٨٪ (وهي نسبة الدرجات المتضمنة في + انحراف معياري واحد) إن درجة الفرد الحقيقية متضمنة داخل هذا المدى. إن ٦٨٪ من الأفراد في التوزيع الاعتدالي تقع ما بين +١، -١ انحراف معياري. ثانياً: أن الخطأ المعياري للقياس إذا ضرب في قيمة Z مثلاً ١,٦٤ أو ١,٩٦ للحصول على درجة الثقة عند ٩٠٪ أو ٩٥٪، وتجمع حاصل العملية أو يطرح من الدرجة التي حصل عليها الفرد لحساب درجة الثقة، وهكذا في المثال السابق يكون مدى الثقة للدرجة التي حصل عليها من ١٠٠ هي ٩٥ (١٠٠-٥) أو ١٠٥ (١٠٠+٥).

من المهم ملاحظة أن مستوى الثقة (الخطأ المعياري) يتركز على الدرجات الحقيقية، التي تم تقديرها وليس الدرجات التي تم الحصول عليها (١٦). لوصف مستوى أداء الفرد على بعض الاختبارات (مثال مقياس وكسلر بلفيو للأطفال النسخة الرابعة) ومنظومة القياس المعرفي (١٤) لها قوائم تتضمن مسافات تتمركز حول الدرجات الحقيقية المقدرة تحقيقاً لمزيد من الدقة، بصرف النظر عن المنهج المستخدم فكلما كان الثبات أعلى كانت المسافات بين الدرجات المتوقع أن تقع فيها درجات الطفل الحقيقية أصغر، وكلما كانت المسافات أصغر كان التفسير أكثر دقة للدرجات بما يؤدي إلى قرارات أفضل للطفل.

ويكون الخطأ المعياري للقياس أكثر أهمية عندما تتخذ قرارات بشأن الطفل على أساس الدرجة التي حصل عليها، فكلما زاد الخطأ المعياري زاد الاختلاف في المتغيرات الشخصية نتيجة لضعف الثبات، وكلما انخفض معامل الثبات، زاد التفاوت بين الدرجات على متغيرات متنوعة للعوامل الواقية، عندما تكون درجة طفل ما على مقياس للتوافق المدرسي وعلاقته بدرجاته على مقياس للرفاه، فإن ثبات هذه المقاييس يؤثر في اتساق الدرجات التي نحصل عليها، وكلما انخفض الثبات، زاد الاختلاف في درجة المقاييس.

ويؤثر معامل الثبات في المقارنة بين الدرجات، فإذا كان الباحث أو الممارس لديه اهتمام بمتغيرات متعددة تعكس عوامل وقاية مختلفة، فإن الفرق بين عاملين من عوامل الوقاية يرتبط بصورة مباشرة بحجم معامل الثبات لكل عامل. ولذلك فإن معادلة حساب الفرق بين الدرجات التي حصل عليها الفرد تستخدم الخطأ المعياري في القياس لكل من الدرجتين

الفرق = $Z \times \sqrt{\text{الخطأ المعياري ١}^{٢} + \text{الخطأ المعياري٢}^{٢}}$

يمكن حساب الخطأ المعياري لهذين المتغيرين على افتراض أن معامل الثبات لمقياس التوافق المدرسي ٧٨,٠ ومعامل الثبات للرفاه ٨٥,٠ وباستخدام الانحراف المعيار لمقاييس الذكاء وهو ١٥ في هذا المثال لابد أن تكون الدرجات على هذه المقاييس للتوافق المدرسي والرفاه تزيد عن الانحراف المعياري بمقدار ١٩ نقطة أى بزيادة انحراف معيارى واحد لكي تكون دالة، بمعنى آخر يصل الفرق بين الدرجات على هذين المتغيرين إلى ١٨ نقطة نتيجة لأخطاء القياس فقط. وهكذا تتضح مدى الحاجة إلى مقاييس ذات ثبات مرتفع سواء في مجال البحث أو التطبيق.

الفرق = ١,٩٦ × SQRT (٥,٨ × ٥,٨) + (٧,٥ × ٧,٥) = ١٩

هناك عتبات لمستوى الثبات الذي يمكن قبوله (٣)، فلا تقل قيمة الثبات الداخلي للمقاييس الفرعية عن ٨٠,٠ ، ولا تقل قيمة الثبات الداخلي للمقياس ككل عن ٩٠,٠،

ولابد من أخذ هذه المؤشرات بعين الاعتبار عندما تستخدم الدرجات لاتخاذ قرارات بشأن الطفل. مثال إذا كانت الدرجات تستخدم للفرز العام بمعنى أن يكون الهدف التعرف على من يحصل على درجة أعلى أو درجة أقل من قيمة معينة مع تفضيل الدرجة الأعلى، هنا يمكن قبول معامل ثبات قدره ٠,٨٠، أما إذا كان الهدف اتخاذ قرار مهم مثلاً كالتحويل إلى مدارس أو فصول التربية الخاصة، فلابد من الالتزام بمعامل ثبات مرتفع لا يقل عن ٠,٩٥ وهو ما يمكن قبوله في هذا الإطار (١٦).

الخلاصة أن على الباحثين والممارسين الذين يدرسون العوامل الواقية أن يكون معامل الثبات الداخلي ٠,٨٠ أو أكثر، ويكون ثبات الدرجات المركبة التي تتكون من متغيرات متعددة ٠,٩٠ أو أكثر، فإذا كان المتغير لا يتحقق فيه هذا الشرط هنا تصبح النتائج موضع تساؤل. وهو أمر له أهمية خاصة لأن مدى الارتباط بين متغيرين يتأثر بمعامل الثبات لكل منهما، وينصح الكلينيكيون بعدم استخدام مقاييس لا تتمتع بهذا القدر من الثبات، لأن خطأ القياس سيكون كبيراً بما يؤثر على الثقة في النتائج. وتتعاظم أهمية ذلك بالنسبة للإكلينيكيين لأن قراراتهم تؤثر بصورة كبيرة على حياة طفل.

الصدق:

يشير الصدق إلى مدى الاتفاق بين الدلائل التطبيقية والنظرية من ناحية والتفسير المستمد من الدرجة التي تعبر عن المتغير موضع الاهتمام من ناحية أخرى. ويواجه الباحثون في مجال دراسة الصمود بمسئولية أساسية وهي تعريف المفهوم الذي يستخدمونه بدقة ووضوح. ويكون التحدي الثاني الذي يواجهونه هو تحديد العوامل التي سوف تقاس والتي ترتبط بالصمود أو تنبئ به. أما الهدف الثالث فهو تقدير الصدق التنبؤي للعوامل التي يفترض أنها عوامل واقية أو عوامل خطر، معظم البحث الذي أجري في هذا المجال سعى لدراسة هذه القضايا الثلاث بدرجات مختلفة. والملاحظ تزايد الاهتمام بالتركيز على تحديد المتغيرات التي تنبئ بالصمود في مواجهة المحن.

إن صدق مقياس الصمود أكثر صعوبة من مقياس للتحصيل أو الاكتئاب، فعدد المتغيرات التي تم فحصها كبير، كما أن هناك عدم اتساق في جودة الخصائص السيكومترية للمتغيرات التي تمت دراستها، إلى جانب أن تحديد الأهمية النسبية لهذه المتغيرات مازال في البدايات، وهذا يجعل هذا المجال البحثي مثيراً للاهتمام، وفي نفس الوقت يفرض على الكلينيكيين الحرص الشديد عند التطبيق.

تقييم المقاييس ذات الارتباط بالصمود:

مازال قياس العوامل ذات الارتباط بالصمود في الممارسات الإكلينيكية في مراحله الأولى، ولهذا السبب هناك ندرة في المقاييس المنهجية المقننة التي يمكن أن تستخدم في هذا المجال. ولا يخفي علينا أن هناك مقاييس غير المنهجية للعوامل ذات الارتباط بالصمود يستخدمها السيكولوجيون في الأبحاث والممارسة التطبيقية، ورغم أن المقاييس غير المنهجية وغير المقننة لها قيمة باعتبارها خطوة أولى في القياس، فإنها تفتقر الأساس البحثي والمعايير المحسوبة على عينة تقنين ممثلة بما يرفع قيمتها ومصداقيتها، إن تصميم أي مقياس لابد وأن يتبع خطوات معروفة ومتفق عليها بما يضمن جودته وفائدته.

إن تصميم نظام لقياس المتغيرات ذات الارتباط بالصمود مهمة تتطلب اتباع إجراءات مهمة، وهناك مراجع كثيرة تتناول المناهج والقضايا الخاصة بوصف هذه الإجراءات (٦)(١٦)(١٧). إن عملية تصميم مقياس تتضمن خطوات عديدة تم تصميمها بحيث تؤدي إلى مقياس له مصداقية لمفهوم معين أو أكثر من مفهوم.

تبدأ عملية بناء مقياس بتحديد مفاهيمه (بناءاته تحديدا إجرائيا)، وهذا يعني أن كل المتغيرات موضوع الاهتمام يجب أن يتم تعريفها بوضوح شديد بما يسمح بقياسها بإحدى طرائق القياس كمقياس التقدير، أو أداة ملاحظة أو اختبار عملي، وهذا يعني في مجال الصمود أن المفاهيم مثل: الميل الاجتماعي، والانفعالية السلبية، والتواؤمية،

والمعرفة الاجتماعية ذاتية المرجعية لابد أن تعرف بوضوح لأنه بدون التعريف الواضح يصعب أن يتوفر الثبات والصدق للمقياس، وضوح التعريف هو الشرط الأساسي لكتابة بنود جيدة، هذه المهمة تزداد صعوبتها لحداثة مجال الصمود.

الخطوة التالية هي تصميم مجموعة من البنود لقياس المفاهيم التي تم تحديدها، يتبع ذلك اختبار استطلاعي للبنود، وتصميم الاختبارات الاستطلاعية لتقييم مدى وضوح البنود والمنحى العام للحصول على درجات المقياس. في هذه المرحلة الأولية يكون الاهتمام بتنظيم البنود في الصفحة، وحجم حروف الكتابة ، ووضوح التعليمات، والألوان المستخدمة.... إلخ و في هذه المرحلة لا يلتفت إلى الثبات والصدق لأن حجم العينة يؤثر في هذه الحسابات، إن هدف الاختبار الاستطلاعي بسيط للغاية: هل الشكل مناسب؟ هل يفهم مستخدمو المقياس ما عليهم عمله؟ هل نحن في المسار الصحيح؟

الخطوة التالية أن تعمل تجارب على أعداد أكبر بما يسمح باختبار الخصائص السيكومترية للبنود ومدى تطابقها مع المفاهيم موضع الاهتمام، وتعاد هذه المرحلة حتى يطمئن مؤلف المقياس إلى أن البنود والمقاييس الداخلية أصبحت مستوفاة للشروط العلمية. وفي دورة من دورات التقنين العديدة تستخدم الأدلة التجريبية للإجابة عن أسئلة تماثل الأسئلة التالية:

- ما المتوسط والانحراف المعياري لكل بند؟
- هل البنود التي صممت لتقيس مفهوما معينا ترتبط مع مجموعة البنود التي صممت لقياس نفس هذا المفهوم؟
- هل البنود التي صممت لتقيس مفهوم معين ترتبط ببنود أخرى صممت لقياس نفس المفهوم بمعاملات أكبر من ارتباطها ببنود صممت لقياس مفاهيم أخرى؟
- ما معامل الثبات الداخلي للبنود التي تم تنظيمها لقياس كل مفهوم؟
- ما تأثير استبعاد كل بند على ثبات المقياس الذي يتضمنه؟

● ما البناء العاملي لمجموعة البنود وكيف يمكن استخدام استبعاد بند لزيادة توضيح البناء العاملي؟

● هل يبدو المقياس صادقًا (كما يعرف بطرائق مختلفة)؟

تعاد هذه المرحلة التي يشار إليها بمرحلة التجربة، حتى يصبح المقياس مقننًا. يعتمد جهد جمع البيانات على نوعية المفاهيم الأساسية، ونوعية مجموعة البنود الأساسية، ونوعية العينات التي استخدمت للحصول على البيانات التي استخدمت لاختبار هذه الأسئلة، والنتائج التي تم التوصل إليها، الهدف هو إنتاج صورة من المقياس يمكن استخدامها على عينة قومية على نطاق واسع للتقنين. والفكرة أن تكاليف التقنين كبيرة جداً بما يعني أن الأداة يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة بما يجعل خطر الوقوع في الخطأ محدوداً للغاية.

يلي الخطوة السابقة في بناء مقياس ليستخدم في الممارسات الإكلينيكية التقنين وجمع البيانات لبناء الثبات والصدق للمقياس النهائي - تتطلب هذه العملية عينة من الأفراد يمثلون أفراد المجتمع الذي سوف يطبق عليهم المقياس حتى (أ) يتم تحديد البنود والمقاييس النهائية (ب) يتم حساب القيم المعيارية وعادة ما تكون عينة قومية ممثلة. إن عمل المعايير فن وعلم في ذات الوقت وهناك عدة طرائق لإنجاز هذه المهمة (٦) (١٦) (١٧). المهمة الثانية في هذه المرحلة هي جمع البيانات بهدف حساب الثبات (الثبات الداخلي، إعادة الاختبار، ما بين المقدرين، بين المقدر ونفسه) والصدق (صدق المفهوم، الصدق التنبؤي، صدق المحتوى)، ويعد الصدق الخاصية السيكومترية الأكثر صعوبة في قياسها.

هناك العديد من أنواع الصدق، وبالتالي لا يتم حسابه في دراسة واحدة، وعلى أساس معايير القياس التربوي والنفسي (٢) فإن دليل صدق المقياس يجمع كثير من الأدلة المتنوعة التي تشير إلى مدى تأييد الأدلة والنظرية للتفسير المستهدف لاستخدامات درجات الاختبار. يقدم هذا الكتاب ٢٤ معياراً ترتبط بقضية الصدق ويجب أن يتناولها واضعو المقاييس، وتتضمن هذه المعايير الخاصة تقديم دليل على ما يأتي:

- وجود دليل يؤيد التفسير المبني على درجات الأداة.
- البناء الداخلي للمقياس.
- تنظيم داخلي بين مقاييس ومكونات المقياس.
- العلاقة بين درجات المقياس (الأداة) ومحك خارجي أو أكثر.
- إمكانية استخدام الأداة عبر جماعات ديموجرافية واسعة ومتنوعة.
- قدرة المقياس على التمييز بين جماعات معينة.

تمثل هذه القائمة بعض القضايا التي يجب الاهتمام بها ولا تصف كل القضايا التي يجب اختبارها. في مجال دراسة الصمود هناك بعض القضايا الخاصة مثل: هل يمكن تحويل المتغيرات المرتبطة بالصمود إلى متغيرات إجرائية داخل منظومة القياس؟ ما مدى فاعلية مقياس يصمم من أجل التمييز بين أطفال نجحوا في مواجهة خطر وأطفال لم ينجحوا؟ كم عدد المتغيرات التي يجب قياسها للتنبؤ بالصمود؟ هل الجمع بين متغيرات ترتبط بعوامل الحماية في البيئة والأسرة والطفل هي أفضل الطرائق للتنبؤ بالصمود؟ هل عوامل الحماية تحسن النتائج لدى الأطفال المعرضين للخطر فقط أم الأطفال بصفة عامة؟ هل يمكن اختصار القوائم المطولة لعوامل الوقاية إلى خصائص مفتاحية تنبئ بالصمود؟ إن إجابة هذه الأسئلة سوف تساعد في تحديد مستقبل هذا المجال.

عندما تنتهي مراحل بناء المقياس تبدأ مهمة التوثيق لما لها من أهمية. هناك تنوع عريض بين مؤلفي المقاييس فيما يختص بتوثيق بنائه وتقنينه وثباته وصدقه فبعض أدلة استخدام المقاييس لا تذكر إلا القليل عن المراحل التي مرت بها الأداة، وبعضها يقدم وصفًا مناسبًا يمكن للقارئ الرجوع إلى (٣) (١٣) (١٤)، وهي أمثلة لم يتناول المؤلفون فيها تفاصيل مراحل بناء المقاييس فقط، بل قدموا مناقشة مستفيضة عما يجب اتباعه عند استخدام المقاييس وكيفية تفسير درجاتها.

إن بناء مقياس ما لا ينتهي بكتابة دليل استخدامه أو وصف مراحل بنائه وتقنينه وثباته وصدقه، فمؤلف المقياس عليه مسئولية إضافية لتعريف مستخدمي الاختبار بطريقة تفسير الدرجات (٢)، وهذا يتضمن كيفية المقارنة بين درجات المقاييس الفرعية، وكذلك بين درجات المقياس ومقاييس أخرى (مناسبة)، بالإضافة لذلك يقدم واضع المقياس مقترحات لمن يستخدمه بشأن قيمة الدلالة المناسبة عند المقارنة بين درجات المقياس. وتمثل أدلة المقاييس المشار إليها نماذج متميزة لما يجب على واضع الاختبار أن يقدمه للإكلينيكي سواء من حيث قيمة دلالة الفروق أو تفسيرها، وهذه مهمة أساسية تمكن المستخدم من تفسير الدرجات التي يحصل عليها عند استخدام الأداة بصورة تتفق مع رؤية صاحبها وبيانات الثبات والصدق التي تجمعت لديه.

ونحن نرى أن على الكلينيكيين أن يستخدموا المقاييس التي تم تصميميها باتباع الخطوات التي ذكرناها، وأن يتجنبوا الأدوات غير المقننة، ولهذا السبب فسوف نقصر مناقشتنا على المقاييس المقننة للعوامل ذات الارتباط بالصمود ، وحيث إن الجهود الموجهة لتصميم أدوات القياس المنهجية لهذه العوامل في بداياتها فسوف نعرض لعدد محدود من المقاييس أملين أن يكشف هذا العرض عن الحاجة إلى بذل مزيد من الجهد في هذا المجال. سوف نناقش الخصائص السيكومترية لمقياسين مقننين أصدرتهما مؤسسة ديفرو (٩) (١٠) الأول وضع ليستخدمه المعلمون ومديرو المدارس في مرحلة ما قبل المدرسة والثاني للعاملين في مجال الصحة النفسية في ذات المرحلة.

مقياس ديفرو للطفولة المبكرة:(١)

مقياس ديفرو للطفولة المبكرة (٨) مقياس تقدير مقنن على المستوى القومي، صمم ليستخدمه مديرو برامج مرحلة ما قبل المدرسة والمعلمون والعاملون في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة لتقييم عوامل الحماية ذات الارتباط بالصمود لدى الأطفال

---

(179) Devereux Early Childhood Assessment (DECA).

في سن الثانية وحتى الخامسة، ويتضمن مقياس التقدير تقدير مختصر لبعض مشكلات السلوك. أحد الأهداف المهمة لمقياس ديفرو هو الإسهام في تقدير ما إذا كان الأطفال قد نموا مهارات مناسبة في ثلاثة مجالات: المبادأة، وضبط الذات، والتعلق، وهي مهارات ذات ارتباط بالصمود. الأطفال الذين يحصلون على درجات منخفضة على هذه القوى وهي عوامل الحماية[1] داخل الطفل، قد يكونون في خطر. إن اكتشاف هؤلاء الأطفال المعرضون للخطر مبكراً بحيث يمكن مساعدتهم على تنمية عوامل الوقاية من خلال تقديم الاستراتيجيات المناسبة في المدرسة أو البيت، بما يرفع احتمال تمكن الطفل من التوافق بنجاح مع عوامل الخطر والمحن في المستقبل.

يستخدم مقياس ديفرر لتقدير مدى تكرار الطفل ٢-٥ سنوات لسلوكيات معينة خلال الأربعة أسابيع السابقة للتطبيق، ويقوم أحد أفراد الأسرة أو أحد المعلمين أو من يقوم بالرعاية بالإجابة عن بنود المقياس وعددها ٣٧ بنداً، وتتراوح الإجابة من صفر (أبدا لا يحدث) إلى ٤ (يتكرر كثيراً).

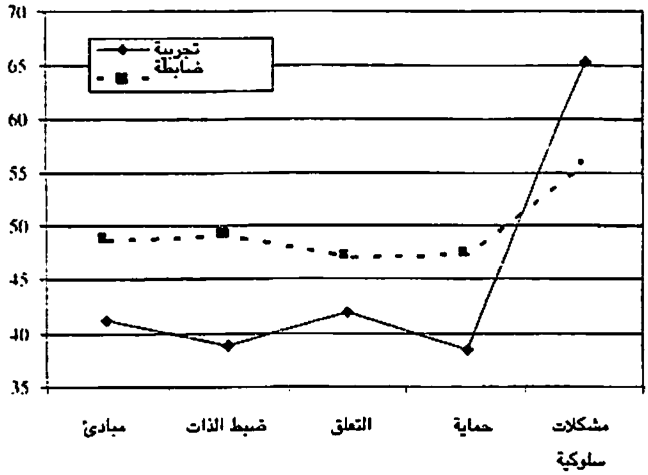
وتنتظم بنود مقياس ديفرو في بعدين: عوامل الحماية، والمشكلات السلوكية، وتضم عوامل الحماية مقياس المبادأة وهو ١١ بند، ومقياس ضبط الذات وهو ٨ بنود، ومقياس التعلق وهو ٨ بنود، وهناك ١٠ بنود لمشكلات السلوك لتساعد في تحديد الأطفال ذوى المشكلات. تقيس بنود المبادأة استخدام الطفل للتفكير والسلوك المستقل لمواجهة حاجاته، وتقيس بنود ضبط الذات قدرة الطفل على استشعار مشاعر متنوعة ومتعددة والتعبير عنها بالقول والفعل بطريقة مناسبة، أما بنود التعلق فتقيس ما إذا كان الطفل كون علاقات متبادلة وقوية ومستمرة بأطفال أو راشدين، وتقيس المشكلات السلوكية مدى واسع من المشكلات السلوكية التي تظهر لدى الأطفال.

يتكون مقياس ديفرو من ٥ مقاييس: المبادأة، ضبط الذات، التعلق، المشكلات السلوكية، ومجموع عوامل الحماية ويتكون من المقاييس ١، ٢، ٣ وتحول الدرجة الخام إلى درجة تائية متوسطها ٥٠ وانحرافها المعياري ١٠ حتى يمكن المقارنة بين المقاييس.

---

(١) تستخدم عوامل الحماية أو الوقاية باعتبارهما مترادفين .

تم تقنين مقياس ديفرو على عينة من ٢٠٠٠ طفل تراوحت أعمارهم بين ٢-٥ سنوات، وتم استخدام العينة لحساب الثبات، وكان ثبات مجموع العوامل الحامية للآباء والمعلمين ٩٣, ٠ وقد تجاوزت الحد الأدنى وهو ٩٠, ٠، وكان متوسط معاملات الثبات بين المقدرين بالنسبة لكل مقياس على حدى هو المبادأة ٨٧, ٠، ضبط الذات ٨٨, ٠، التعلق ٨١, ٠ المشكلات السلوكية ٧٦, ٠ وجميعها ما عدا مقياس المشكلات السلوكية تحقق محك الثبات وهو ٨٠, ٠ بالنسبة لكل مقياس على حدى (٣).



١ - ٨ مقارنة بين درجات الأطفال ذوى المشكلات السلوكية والانفصالية والعاديين على مقياس DECA أن الثبات الداخلي له أهميته وكذلك التشابه بين الدرجات حين يقوم مقدر واحد بملاحظة الطفل وحين يقوم أكثر من مقدر بملاحظة الطفل. وكانت القيم التي تم الحصول عليها في مقياس ديفرو مشابهة للقيم التي يتم الحصول عليها من مثل هذه المقاييس. إن الثبات الداخلي عادة ما يكون أعلى من الثبات بين المقدر ونفسه أو بين مقدر وأخر وهذا يعكس تنوع سلوك الطفل بتنوع البيئة، أو تنوع تقدير الراشدين لسلوك الأطفال، إن معاملات الارتباط بين تقديرات مقدرين مختلفين نقطة تحفظ في استخدام كل مقاييس التقدير.

لم يمكن تحديد صدق الأداة باستخدام مقاييس أخرى تقيس عوامل الحماية داخل الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة إذ لا توجد مثل هذه المقاييس ، وبالتالي كان على الباحثين استخدام المقارنة بين مجموعتين من الأطفال مختلفتين في التوافق الوجداني والاجتماعي بطريقة ذات مصداقية، ومن أجل تحقيق ذلك تم استخدام مجموعتين مجموعة تجريبية ممن لديهم مشكلات انفعالية وسلوكية وعددها ٩٥ طفلاً ومجموعة عادية ضابطة عددها ٨٦ طفلاً.

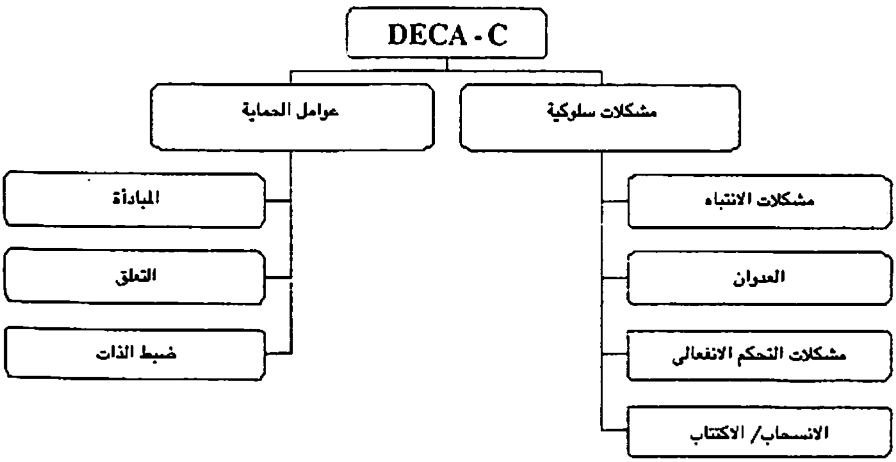
ويشير الشكل ٨-١ إلى نتائج دراسة الصدق، وتشير إلى أن الأطفال ذوى المشكلات الانفعالية والسلوكية حصلوا على درجات أقل على مقياس المبادأة نسبة d= 0.78 وضبط الذات نسبة d = 1.01 والتعلق نسبة d = 0.47، وكان مجموع درجات العوامل الحامية منخفضًا أيضًا نسبة d = 0.89، وحصلوا على درجات أعلى على مقياس المشكلات السلوكية نسبة d = 1.08 نسبة d هو الفرق بين المجموعات التي حسب الانحراف المعياري على أساسها وتعتبر (٠,٠٢) نسبة صغيرة، (٠,٥) نسبة متوسطة و (٠,٨) نسبة مرتفعة. هذه النتائج وغيرها مما يتضمنه دليل استخدام المقياس يشير إلى أن الأطفال ذوى المشكلات الانفعالية والسلوكية حصلوا على درجات تعكس الصعوبات التي يواجهونها، كما تعكس حاجتهم لعوامل القوة ذات الارتباط بالصمود.

مقياس ديفرو للطفولة المبكرة (الصورة الكلينيكية) :

مقياس ديفرو للطفولة المبكرة (الصورة الكلينيكية) (١٠) أداة صممت لقياس العوامل التي ترتبط بالصمود كما تقيس حدة وطبيعة المشكلات الاجتماعية والانفعالية والسلوكية لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. وعلى حين صمم مقياس ديفرو لجميع الأطفال جزءا من برامج تنمية الصحة النفسية، صمم ديفرو (الصور الكلينيكية) ليستخدم مع الأطفال الذين تظهر لديهم علامات المشكلات الانفعالية أو السلوكية، أي أن ديفرو صمم ليستخدم على المستوى العام في البرامج الوقائية الأولية أما ديفرو الصورة الكلينيكية فهو أداة موجهة لقياس صحة الطفل الانفعالية

والاجتماعية حتى يمكن تصميم خطة وقائية تبعًا لحاجات الطفل، وبالتالي يستخدمه الاختصاصيون النفسيون والمرشدون ومن لديه خبرة كلينيكية ولديه مؤهلات تسمح باستخدام هذه الأداة الكلينيكية وتفسيرها.

يشتق مقياس ديفرو (الصورة الكلينيكية) من مقياس ديفرو بشيء من التوسع. فهو يتضمن المقاييس الثلاثة ذات الارتباط بالصمود (المبادأة - ضبط الذات - التعلق) ولكن يتوسع في قياس مشكلات السلوك فيضم مقياس لمشكلات الانتباه (٧ بنود) ويقيس صعوبات التركيز وتشتت الانتباه والاندفاع وفرط النشاط، ومقياس العدوانية ويتكون من (٧ بنود) ويقيس السلوك التدميري والعدائي، ومقياس التحكم الانفعالي ويتكون من (٨ بنود) ويقيس الصعوبة التي يجدها الطفل لتعديل تعبيره الصريح عن المشاعر السلبية، ومقياس الانسحاب - الاكتئاب ويتكون من (٩ بنود) تتناول السلوك المرتبط بالانعزالية الاجتماعية والافتقار للتفاعل المتبادل وكذلك مشاعر الاكتئاب، وتتجمع مقاييس المشكلات السلوكية هذه في درجة كلية مثل الدرجة الكلية للمقاييس الحامية شكل ٨-٢ .



٢-٨ - البناء التنظيمي لمقياس DECA

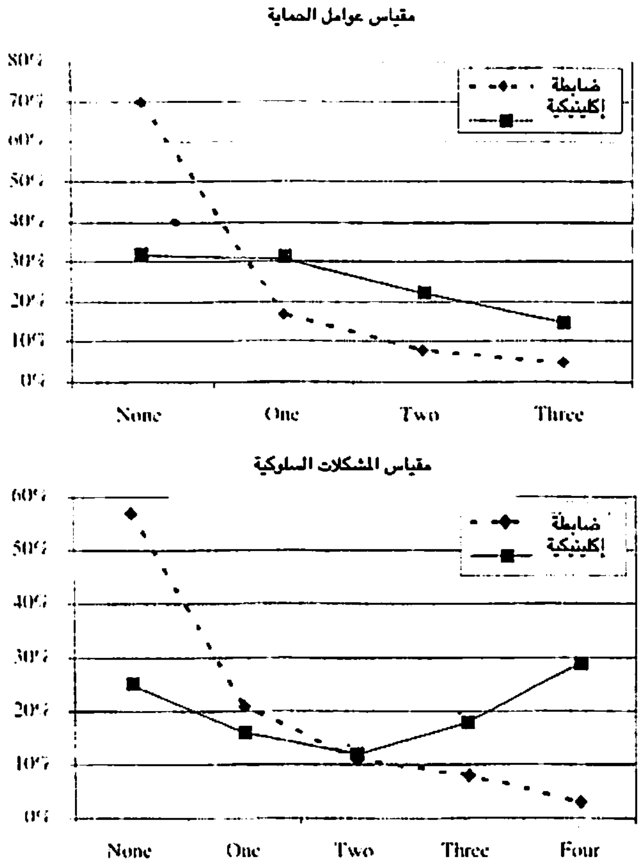
ويرى مصممو المقياس أن الجمع بين قياس عوامل الحماية والمشكلات السلوكية يقدم للكلينيكيين ثلاث ميزات مهمة: أولاً: فحص متوازن للطفل من المنظور الإيجابي والسلبي. ثانيًا: دراسة العلاقة بين هذه الأبعاد يؤدي إلى فهم أكثر اكتمالاً عن تأثير هذه الأبعاد على سلوك الطفل مجتمعة ومنفردة. ثالثًا: يعطي الجمع بين البعدين بيانات مهمة تساعد في تخطيط برنامج التدخل .

يستخدم المقياس الكلينيكي نفس نماذج التقدير المستخدمة في المقياس العام كما تم تقنينه على نفس عينة المقياس العام، واستخدمت البيانات لعمل المعايير التائية والمتوسط ٥٠ والانحراف المعياري ١٠، وحساب الثبات الداخلي، وكان ثبات العوامل الحامية كما سبق أن ذكرنا وكان الثبات الداخلي للمشكلات السلوكية بالنسبة لتقديرات الآباء والمعلمين كما يلي: الانسحاب/ الاكتئاب (٠,٧٣) مشكلات التحكم الانفعالي (٠,٨٣) مشكلات الانتباه (٠,٨٣) العدوانية (٠,٨٢) والدرجة الكلية لمجموع المقاييس (٠,٩١).

وتم حساب الصدق بنفس المنهج المتبع في المقياس العام، حيث استخدمت نفس المجموعات المجموعة التجريبية عدد أفرادها ٩٥ والمجموعة الضابطة عدد أفرادها ٨٦، وكان هناك اختلاف بينهما على جميع مقاييس المشكلات السلوكية، حيث بلغ الفرق بينهما ما يقرب من نصف انحراف معياري وتراوحت نسبة d ما بين ٠,٤٢ إلى ١,١٢ وكانت نسبة d للدرجة الكلية للعوامل الحامية (٠,٨٨) والمشكلات السلوكية (١,١٢) بما يعني أن هذين البعدين يميزان بين مجموعتي الأطفال ممن يعانون من المشكلات الانفعالية والسلوكية مقابل الأطفال العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة (١٠).

وقد حسب الصدق بدراسة الفرق بين المجموعة العادية وهي ١١٠٧ أطفالا والمجموعة الكلينيكية وعدد أفرادها ١٢٣ طفلاً لحساب نسبة الأطفال الذين تجاوزت درجاتهم الحدود العادية بما يجعلهم يقعون في فئة المشكلات وذلك بالنسبة لكل من المجموعتين، بالنسبة للعوامل الحامية كانت الدرجة التائية أقل من ٤٠ بمعنى أن عدد بنود العوامل الحامية كان محدوداً للغاية، وبالنسبة للدرجة المعيارية للمشكلات السلوكية

كانت الدرجة التائية ٦٠ فما فوق بمعنى أن الطفل يظهر مشكلات سلوكية عديدة، وتم تصنيف درجات كل طفل على أساس عدد المقاييس، التي حصل فيها على درجة تائية يتحقق فيها المحك الدال على ما يشير إلى وجود مشكلة كما تم تعريفه (١٠). ويتناول جدول ٣-٨ عرض هذه النتائج المهمة.



٣-٨ نسب الأطفال ممن لديهم درجات متنوعة من العوامل الحامية ودرجات مقياس المشكلات السلوكية خارج حدود السواء تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الأطفال من ذوى المشكلات الانفعالية والسلوكية لديهم علامات أكبر على مقاييس المشكلات وعلامات أقل على القوى الحامية بالمقارنة بعينة المعايير التي استخدمت في تقنين

المقياس الكلينيكي. حصلت الغالبية العظمى في العينة الكلينيكية (٧٥٪) على درجات تفوق الدرجة التائية ٦٠ على مقاييس المشكلات السلوكية، وحوالي ٣٠٪ من العينة الكلينيكية حصلت على درجات مرتفعة على مقاييس المشكلات السلوكية الأربع، ومن المؤشرات المهمة أن ٧٠٪ من الأطفال في العينة الكلينيكية حصلوا على درجات منخفضة على مقاييس العوامل الحامية. تشير هذه البيانات إلى أن الأطفال ذوى المشكلات الانفعالية والسلوكية في هذه الدراسة لديهم حاجات للعوامل الحامية ولديهم مشكلات سلوكية على مقاييس الأداة الكلينيكية.

وقد حسب الصدق أيضًا من خلال دراسات عديدة أخرى، فهناك دراسة عن ملائمة مقياس ديفرو للاستخدام على جماعات الأقليات، وتمت المقارنة بين متوسط درجات الأطفال من عينات الأمريكيين من أصل أفريقي، والقوقازيين، وبين الأطفال من أصل إسباني والأطفال من غير الأصل الإسباني، وكانت النتائج تشير إلى التشابه بين الأمريكيين الأفارقة والقوقازيين (نسبة d. 0.15)(١٠) والأطفال من أصل إسباني ومن غير الأصل الإسباني (نسبة d = 0.23)(١٠). هذه الدراسات وغيرها تقدم دعمًا للمقياس سواء بالنسبة للعوامل الواقية أو المشكلات السلوكية من أجل التوصل لتقييم متكامل للطفل.

يعتبر المقياس في صورته العادية والكلينيكية محاولة لتقديم مقياس منهجي مقنن للمتغيرات التي ترتبط بالصمود إلى جانب المقاييس التقليدية للمشكلات السلوكية، مما يضع المقياسين في واجهة مرحلة جديدة من البحث. وتقدم الأداة بصورتيها فرصًا عظيمة للبحث والتدقيق في أهم العوامل الواجب قياسها، وعلى الباحثين دراسة التفاعل بين العوامل الحامية (الواقية) والمشكلات السلوكية لتحديد مدى ما يمكن أن تقدمه العوامل الواقية لتخفيض من احتمال ظهور المشكلات الاجتماعية والانفعالية. بالإضافة إلى ذلك ، على المباحثين أن يحددوا كيفية استخدام العوامل الحامية بالذات مقابل العوامل التي سبق استخدامها في بحوث سابقة، هذه بعض التساؤلات البحثية وهناك العديد من التساؤلات التي تنتظر إجابات من الباحثين في هذا المجال المهم.

خاتمة :

التصور الأساسي للمفاهيم السيكولوجية وتعريفاتها البنائية ذات تاريخ عبر أجيال العاملين في المجال، فعندما تطرح فكرة ما، وخاصة إذا كان لها تعريف إجرائي بطريقة عملية، فإنها تستخدم على نطاق واسع قبل أن يحدد الباحثون قيمة المفهوم واستخداماته. وقد يكون مفهوم الذكاء أحد هذه الأمثلة الذي تغير قليلاً منذ بداية دراسته فى أواخر ١٨٠٠ وبداية ١٩٠٠، ونظراً لأن التصور الأساسي له تأثير مهم في المجال، فإن على المهتمين بمفهوم الصمود وبالعوامل التي ترتبط به أن يكونوا على وعي بقوة التصور الأساسي للمفهوم. ولاشك أن أهم الخطى الأولى في أي مفهوم نفسي هو التعريف الإجرائي الواضح.

على الرغم من أن الاتفاق بين المهتمين بالمجال آخذ في الزيادة، فإنه لا يوجد تعريف متفق عليه للصمود يقبله جميع العاملين، خاصة أنه يعد نتيجة لعوامل عديدة. تعريف الصمود يرتبط بقوة بالعوامل التي تستخدم لوصفه وقياسه ، إن قوائم العوامل التي تؤثر في الصمود كبيرة ومتنوعة، بدءاً من خصائص الطفل النفسية والجسمية إلى الأسرة المباشرة والممتدة إلى بيئة المجتمع، إن تحديد أي تجمع من المتغيرات وأي التفاعلات تتنبأ بالصمود مازال في المراحل الأولى.

على الباحثين أن يتفقوا حول بعض التساؤلات: هل الصمود فكرة أم مفهوم أم نظرية أم عملية ؟ لماذا يرتبط الصمود بقوة بعوامل كالذكاء؟ هل يعتمد الصمود على قدرة عقلية مناسبة؟ هناك حاجة لدراسات طولية، وهناك بعض التساؤلات السيارة التي تتطلب تدارس أفضل. فنحن بصدد موضوع ليس بالسهل لا في دراسته ولا في تطبيقه في المجال الكلينيكي.

إن تحويل نتائج البحوث إلى ممارسات كلينيكية ليس بالأمر اليسير وخاصة بالنسبة للصمود، فقبل تطبيق هذا المفهوم في البيئة الكلينيكية لابد من مزيد من الاتفاق حول تعريف عوامله وتحديد المتغيرات التي يجب قياسها . هل خصائص الطفل

تكفي؟ أي الجوانب الانفعالية والمعرفية والجسمية التي يجب قياسها؟ هل البيانات الخاصة بالبيئة كوجود أشخاص مهمين، ودعم المجتمع والمستوى الاقتصادي الاجتماعي..... إلخ بالإضافة إلى خصائص الطفل الداخلية تحسن احتمالات الطفل في أن يكون صامداً عند مواجهة الخطر؟ والأهم، ما العوامل الحامية خاصة في داخل الطفل التي يمكن تقويتها، وكيف ؟

لابد أن يكون الكلينيكيون على حذر عند تطبيق مفهوم الصمود، ولابد أن يتنبهوا إلى القضايا السيكومترية التي تحد من التطبيق. إذا كان لنا أن نختار فلنختار المقاييس ذات الخصائص السيكومترية الموثقة في إطار الحدود التي وضعها واضع المقياس، فالأدوات المقننة لها مميزات واضحة ولكن حتى هذه فلها نقاط قصور، مثال فكلا المقياسين اللذين تم عرضهما يقيسان فقط الخصائص الداخلية للطفل، ولا نعرف مدى ما يحققه إضافة متغيرات أخرى من تحسن في التنبؤ بالصمود. أما الأدوات التي لم يتم تقنينها واختبارها فلابد من التعامل معها بحذر شديد، إذ إن القضايا السيكومترية كالثبات يمكن أن يكون لها تأثير كبير على تنوع الدرجات، مما يؤثر بالتالي على تفسير النتائج. إن استخدام أدوات قياس ذات مواصفات سيكومترية قوية سوف يرفع من تمكننا من الإجابة عن الكثير من التساؤلات المهمة .

* * *

REFERENCES

1- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101*, 213–232.

2- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: Author.

3- Bracken, B. A., & McCallum, R. S. (1997). *Universal Nonverbal Intelligence Test*. Itasca, IL: Riverside.

4- Chandler, L. A. (1981). The source of stress inventory. *Psychology in the Schools, 18*(2), 164–168.

5- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis in the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

6- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Hold, Rinehart & Winston.

7- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress management: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 1–37.

8- LeBuffe, P. A., & Naglieri, J. A. (2002a). *Devereux Early Childhood Assessment*. Lewisville, NC: Kaplan.

9- LeBuffe, P. A., & Naglieri, J. A. (2002b). *Devereux Early Childhood Assessment Technical Manual*. Lewisville, NC: Kaplan.

10- LeBuffe, P. A., & Naglieri, J. A. (2003). *Devereux Early Childhood Assessment—Clinical Form*. Lewisville, NC: Kaplan.

11- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*, 227–238.

12- Masten, A., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. Lahey & A. Kazdin, (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp.). New York: Plenum.

13- Naglieri, J. A., LeBuffe, P. A., & Pfeiffer, S. I. (1994). *Devereux Scales of Mental Disorders*. San Antonio: Psychological Corporation.

14- Naglieri, J. A., & Das, J. P. (1997). *Cognitive Assessment System Interpretive Handbook*. Itasca: Riverside.

15- Naglieri, J. A., & Das, J. P. (2002). Practical implications of general intelligence and PASS cognitive processes. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.). *The general factor of intelligence: How general is it?* (pp. 855–884). New York: Erlbaum.

16- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

17- Thorndike, R. L. (1982). *Applied psychometrics*. Boston: Houghton-Mifflin.

18- Work, W. C., Cowen, E. L., Parker, G. R., & Wyman, P. A. (1990). Stress resilient children in an urban setting. *Journal of Primary Prevention, 11*(1), 3–17.

(الجزء الثاني)

قضايا بيئية

الفصل التاسع

الفقر في الطفولة والمراهقة
منحى أيكولوجي تفاعلي لفهم الصمود وتنميته
في سياق يتصف بالحرمان والمخاطر النمائية

روبرت فيلز

يمثل عدد الأطفال الذين ينشأون في فقر وحرمان اجتماعي دائم في الولايات المتحدة نسبة وبائية، حيث إن هناك طفلا من كل خمسة أطفال تحت سن ١٨ يعيشون في فقر، (جهاز الإحصاء والسكان[1] بالولايات المتحدة) وقد زادت الأعداد بحوالي ٤٠٠,٠٠٠ فرد ما بين سنة ٢٠٠١-٢٠٠٢ لتتجاوز ١٢ مليون طفل وشاب يعيشون الآن تحت خط الفقر، حيث يضاف إلى هذا العدد من يعتبرون قريبين من الفقر وهم من يعيشون في أسر يقل دخلها عن ١,٢٥ ضعف مستوى الفقر العام، وتصل نسبة الأطفال تحت سن ١٨ سنة في الولايات المتحدة الذين يعايشون صعوبات اقتصادية حادة بشكل يومي إلى ربع مجموع الأطفال والشباب (٢٢,٣٪) وترتفع نسبة الفقر إلى أعلى من هذا المعدل بالنسبة للأقليات فتصل إلى (٣٠٪) بين الإسبان والأفارقة الأمريكيين (جهاز الإحصاء والسكان بالولايات المتحدة). وتشير الدراسات إلى تأثير الفقر وغيره من صور الحرمان الاقتصادي والاجتماعي على النمو الانفعالي والجسمي

(1) U.S. Bureau of the census 2003.

والعقلي للأطفال والشباب (٣٦) (٢٠) (٢١)، ونلخص نتائج هذه الدراسات فيما يأتي (٤٨):

يعتبر الفقر أقوى عوامل الخطر على الإطلاق، حيث يرتبط فقر الأسرة بالحمل غير الشرعي و بالفشل المدرسي، وجرائم العنف، وكل عوامل الخطر لدى الأبناء التي تؤدي إلى نتائج سيئة توجد بنسب مرتفعة بين الأطفال الفقراء.

لم يحدث تغير ليغير ما ورد في العبارة السابقة أو يغير التنبؤ بأحوال الأطفال الفقراء، وسوف تكشف المناقشة أنه نظراً للتغيرات في المجتمع فإن كثيراً من الظروف التي ارتبطت بالفقر كالفشل المدرسي قد تكون نتيجة لأسباب مجتمعية أخرى، وتظهر في صورة صعوبات مصاحبة لأشكال مختلفة من الاضطراب أكثر من أي وقت سابق.

تتناول بعض فصول هذا الكتاب مناقشة المناحي المتنوعة التي تبنى الكفاءات وتقدم المساندة (كالمهارات الوالدية) حتى تمكن كل الأطفال والشباب بما فيهم من يعانون من الفقر من مواجهة التحديات ومواقف الحياة الضاغطة، سواء كان مصدرها ذاتياً أو خارجياً (الفصل الرابع) في مراحل نموهم المختلفة، ولكن هذا الفصل لا يهدف لمناقشة هذه البرامج بل ولا تقع هذه المناقشة في مجاله، إلا من حيث الإشارة إلى ضرورتها. ولكن هذا الفصل يطرح إطار عمل لفهم المسارات التي يؤثر الفقر من خلالها على الأطفال والشباب ويشكل نموهم، وهو إطار ظهرت مصداقيته في توجيه سياسة وبرامج التدخل التي يمكن أن تكون ذات فاعلية في تخفيف آثار الفقر بين الناشئة، ونؤكد هنا أن ما سوف نعرضه هو عنصر واحد من منحى أكثر شمولاً واتساعاً لتمكين الأطفال والشباب من أن يكونوا صامدين في مواجهة ظروف الخطر الكثيرة التي ترتبط بظروف الحياة في الفقر. إن المناقشة التي نعرضها هنا رغم أنها تقدم إسهاماً مفيداً للاهتمام بتأثير الفقر في مجتمعات غير أوربية، فسوف تكون مختلفة فيما تركز عليه وما توصي به، حتى وإن كان المنظور الأيكولوجي يتميز بأنه قابل أن يعمم على العمليات النمائية الأساسية للبشر عامة، وبالتالي فهي ذات فائدة سواء في المجتمعات الغربية أو المجتمع الإنساني بشكل عام.

عند النظر فيما نركز عليه في هذا الفصل من بين هذا الكم الهائل مما كتب عن هذا المجال الواسع عن الفقر كان أيسر الأمور أن نعرض لما لا يجب عمله. رغم أن كتابة فصل يتناول كل المساوئ التي ترتبط بالفقر أو فصل له استخدام محدود في توجيه الحركة في هذا المجال ليس هو ما يجب عمله ، فهناك المئات بل الآلاف من التقارير الحكومية والعامة والخاصة تتناول تأثير ومثالب الفقر على الأطفال والمراهقين والأسر وغيرهم ، وهذا الفصل لا يتناول هذا المجال أيضًا. ولا يتناول تعريفات الفقر فهذا تخصص الاقتصاديين، وإنما يركز على كيف يؤثر الحرمان المزمن بصورة مباشرة أو غير مباشرة من خلال مؤسسات اجتماعية أخرى سلبيًا على المسار النمائي للأطفال والشباب، كما يقدم فهمًا عامًا يدعمه بأمثلة محددة عن كيفية الحد من تأثير الحرمان على المستوى المجتمعي.

منحى التأثيرات الوسيطة[1] لتعريف خبرة الفقر وفهمها فى الطفولة والمراهقة:

عندما يجتمع منظور التفاعل المتبادل (١٦) (٤٤) والمنظور الأيكولوجي[2] للنمو الإنساني (٣) ليصبحا المنظور الأيكولوجي التفاعلي المتبادل (١٦) فإنهما يقدمان إطارًا نظريًا تنظيميًا مهمًا لفهم الطرائق التي من خلالها تؤثر ظروف مثل الفقر وما يرتبط به من حرمان اجتماعي واقتصادي كمستوى (الأداء التعليمي والمهني للوالدين) على النواتج التوافقية. وهنا يجب أن نميز بين الفقر وما يرتبط به من صور الحرمان الاجتماعي والاقتصادي وبين غيرها من المظاهر الأيكولوجية لنمو الأطفال والمراهقين، (٣) (٣٤) (٣٥) ولتحديد هذا التمييز نعتبر الضغوط البنائية الاجتماعية (٢٢) وأحداث الحياة الأساسية وما يرتبط بها من ظروف كلها عوامل بعيدة أو خارجية[3] من حيث

(1) Mediated Effects Approach.

(2) Transactional and ecological perspectives.

(3) Distal.

أنها لا تصف بصورة مباشرة ظروف ومطالب الحياة التي تنتج عنها ولا العمليات التوائمية التي تتطلبها. بمعنى أنه رغم أن الفقر قد يزيد من احتمال وجود خبرات معينة لدى الأطفال والشباب، فإن الحديث عن الفقر باعتباره خبرة مباشرة يمكن أن يكون مضللاً.

إن التعريف الاقتصادي للفقر، يعتبر أن مستوى الدخل هو الأساس في القياس، فالأسرة التي يكون عائلها حاصلاً على تعليم جيد مثلاً كأن يكون معلمًا، ولكن لديه أسرة كبيرة فقد يوصف بأنه فقير أو قريب من الفقر. وينطبق هذا التعريف الاقتصادي على مجموعة أطفال فقراء حيث الآباء من صغار السن ومن مستوى تعليم منخفض ولا توجد لديهم موارد ولديهم نفس الدخل.

إن الأسر في مستوى اقتصادي واحد ولكنها قد تعيش في مجتمعات محلية متفاوتة وبالتالي يكون السياق الذي ينمو فيه الأطفال مختلفًا "وهو ما يعتبر عدم مساواة (٢٩) متوحشة[1] والتي تتمثل في الإطار التعليمي المتاح للتلاميذ الذين يعيشون في الجيرة أو المجتمع المحلي، الذي يسوده الفقر والحرمان (٥٢) (٥٣). في المستوى التالي من أيكولوجيا المجتمع نجد أن الجيرة حيث انتشار البطالة وحيث الحرمان الشديد بما يكون سياقًا نمائيًا تتضاعف فيه آثار فقر الأسرة. في هذه المناطق يكون مستوى المساكن متدن ومعدلات التلوث بالرصاص وغيره مرتفعة، كما ترتفع معدلات الجريمة، ومعدلات التعاطي والعنف، ولا توجد أنشطة للأطفال ولا توجد نماذج إيجابية تحتذى ولا فرص إيجابية يتطلع الأطفال والشباب للحصول عليها. بعض حالات الفقر تكون حالات انتقالية تشير البحوث (٥٢) (٥٣) وإحصائيات السكان إلى أن هناك حالات تستمر لأقل من سنة واحدة، وهناك حالات قد تستمر فيها ظروف الفقر والحرمان منذ ما قبل الميلاد وحتى النضج، إن تعرض الأطفال في هذه البيئات لعوامل ضاغطة إضافية تفجر السلبيات ، ولا تكتفي بالإضافة إليها ولكنها

(1) Savage inequalities.

تزيد من احتمال تعرض الأطفال للصعوبات النمائية (٤٣) (٤٤). ولذلك فإن مناقشة الصمود في مواجهة الفقر يتطلب إطاراً يعكس الوعي الكامل بطبيعة الفقر سببا مباشرا، ومن خلال تأثيره في عوامل أخرى بما يوجه العمل للتأثير على الصمود في المجالات المختلفة والظروف المختلفة المرتبطة به.

من هذا المنطلق فإن التفاعل المتبادل الداخلي المباشر[1] بين الفرد والبيئة والظروف النمائية هو الذي يحدد الخبرة الخاصة للفقر لدى الطفل أو الشاب. وتلك الخبرات اليومية المباشرة هي التي تشكل التوافق والتحديات النمائية التي يواجهونها (١٢) (١٤) ، كثيراً ما نسمع من يقول كنت فقيراً ولكنني لم أشعر يوماً بالفقر، كان دائماً لدينا طعاماً، وملابس نظيفة ومكاناً آمناً تجتمع فيه الأسرة وتقضي فيه وقتاً طيباً. وهذا لا ينطبق على آخرين في نفس ظروف الفقر ولكن السياق النمائي كان قاسياً.

ويترتب على هذه الرؤية أشياء مهمة أولاً: الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة تؤثر جزئيًا على الأقل على التوافق من خلال تأثيرها على الظروف والخبرات البيئية القريبة الداخلية، التي تميز حياة الشباب، النموذج التصوري الذي تقدمه هذه الرؤية أن الظروف الاجتماعية الاقتصادية السيئة تؤثر في الخبرات البيئية الداخلية، وهذه الخبرات الداخلية بدورها تؤثر على توافق الطفل. ويسمح النموذج باحتمال التأثير المباشر للظروف الاجتماعية الاقتصادية السيئة على التوافق.

ثانياً: إن المجالات النمائية الأكثر قرباً (المدرسة، الجيرة، الأسرة) (١٢) قد تقدم تأثيرات تعويضية قوية لا تكن واقية في ذاتها فقط وإنما تقدم خبرات نمائية تيسر نمو الكفاءات الشخصية لدى الأطفال والشباب وبالتالي تعظم احتمالات النتائج الإيجابية. وهنا نجد الفرصة بمعنى أنه حيث توجد ظروف تعويضية تنشط النمو، فإن القوى تتعاظم من خلال التفاعل المتبادل الذي يقوى كلاً من جوانب الحماية وجوانب القوى في السياق الاجتماعي وكذلك القوى الشخصية.

(1) Proximal.

واتساقًا مع فرض الرابطة الأيكولوجية الوسيطة فإن كثيراً من الدراسات وجـدت (أ) ارتباطًا بين الظروف الاجتماعية الاقتصادية السيئة في الأسرة والخبرات القريبة لدى الأطفال والشباب في المجالات الأولية النمائية تتضمن ولا تقتصر على صراعات بين الآباء والأبناء، واضطراب الأسر وخبرات سلبية في المدرسة والتعرض للضغوط الحادة والمزمنة (٢٤) (٣٣) (٣٥) (٤٤) (٤٥) . (ب) ارتباطًا بين مؤشرات الخبرات البيئية القريبة في هذه المجالات بعينها ومظاهر توافق عديدة لدى الأطفال والشباب تتضمن ولا تقتصر على مستوى تقدير الذات، وأعراض ترتبط بالقلق والاكتئاب ومشكلات سلوكية في مجال الأسرة والمدرسة والتحصيل المدرسي (٥) (٦) (١٠) (٣٣) (٣٨) (٤٠).

دعمت نتائج الدراسات القليلة التي تناولت نماذج الارتباط بين أنماط المتغيرات الثلاثة مسارات التوافق الوسيطة القريبة والبعيدة (٣٤)[1]. في دراسة عن أثر الفقر على أسر الملونين ، دعمت النتائج الفرض الخاص بأن الوظائف الوجدانية الاجتماعية للأطفال الذين يعيشون في الأسر الفقيرة كان تأثير الفقر عليها باعتباره عاملا وسيطا يؤثر على الخبرات القريبة في مجالات حياة الأطفال، مثل الوظائف السيكولوجية للآباء والتوتر والتأزم في العلاقات داخل الأسرة. ومن الأبحاث المهمة من منظور المسارات الوسيطة تلك الدراسات التي وجدت أن العوامل البيئية الخارجية لا ترتبط بصورة دالة بالتوافق إذا تم استبعاد الظروف القريبة إحصائيًا، مثلاً في استعراض دراسات اضطراب السلوك عبر السنين ، وجد أن بعض الدراسات (٢٦) (٤٢) لم تذكر ارتباطًا بين الطبقة الاجتماعية واضطراب السلوك بعد التحكم في مقاييس التفكك الأسري الذي يرتبط بالفروق بين الطبقات الاجتماعية.

إن طريقة تحديد وقياس المستوى النسبي للعوامل الاجتماعية الاقتصادية السيئة له أهمية كبرى في فهم وتفسير النتائج ، ورغم أنه قد يبدو أن هذه العملية واضحة

(1) Distal - Proximal adjustment mediated path ways.

ومباشرة، فإن الدراسات السابقة تؤكد العكس(١) (٤١) (٥٣) في الدراسات التي تناولت العوامل الاجتماعية الاقتصادية كانت المعالم التي تحدد العوامل السيئة غير متفق عليها بصورة عامة وغير محددة بدقة أو أنها كانت عامة ومتسعة بحيث يصعب الاتفاق عليها. (٧) (٣٩) إن التمييز بين صور الحرمان الاقتصادي وتلك التي تصاحبه ودائمًا ما ترتبط بالظروف الاقتصادية لخلق مؤشر واحد للمكانة الاجتماعية الاقتصادية مثال التعليم السيئ ، إن وجود مؤشر واحد للمكانة الاجتماعية الاقتصادية سوف يؤدي إلى طمس العلاقات الفارقة المميزة لصور الحرمان المختلفة، وقد أكد (٢٧) في مراجعته لمقياسه في المستوى الاقتصادي الاجتماعي الحاجة إلى الانتباه للتمييز بين الأبعاد المهنية (الوظيفية) والتعليمية في تقدير الحرمان الاجتماعي الاقتصادي.

هناك حاجة للاهتمام بدراسة طرائق تعريف المستويات النسبية من المساوئ أو أوجه الحرمان والمميزات، كما أن هناك مجالاً يتطلب انتباهًا أكبر وهو التمييز بين ما هو كمي (يقع على متصل) وما هو نوعي (يقع في مستويات غير متصلة) داخل كل ما نعتبره حرمانًا أو إساءة، فقياس المزايا وأوجه الحرمان (المساوئ) يشكل فهمنا لطبيعة ومدى الارتباط بين الحرمان الاجتماعي الاقتصادي والتوافق، ففي معظم الدراسات السابقة كانت مؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية تقاس على متصل متدرج متساوي المسافات، على افتراض تساوي المسافات بين كل نقطتين على المتصل الذي يمثل مؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية، ونتيجة لهذا الافتراض فإن الفروق النوعية غير المتساوية التي تظهر في الفروق في التوافق، والتي تعكس مستويات مختلفة في المكانة الاجتماعية الاقتصادية والتي لها الأهمية في فهم الارتباط بين الحرمان الاجتماعي الاقتصادي والتوافق، هذه الفروق النوعية المهمة كانت تهمل تمامًا. ولتوضيح ذلك نشير إلى أن مؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية والتي تمثلها على المتصل مسافة تتكون من نقاط بينها مسافات متساوية نجد أن المسافة التي تفصل بين الطبقة المتوسطة عن الطبقة العليا تكاد تتساوى مع المسافة، التي تفصلها عن الطبقة المحرومة(٢٧) على مقياس المكانة المهنية ذى النقاط التسعة. قد يكون هذا صحيحًا في

بعض النواحي، ولكنه غير صحيح في نواح أخرى، كارتباطهم (أفراد الطبقة المتوسطة) بزيادة التعرض للضغوط المرتبطة بالخطر، فالمسافة بين نقطتين الفقر والطبقة المتوسطة أكبر كثيراً من المسافة بين أعلى نقطتين على المقياس.

أجريت دراسة (١٢) من أكثر الدراسات تكاملاً حيث اهتمت بالقضايا التي سبق مناقشتها وتناولت الجوانب الثلاثة للمسارات الوسيطة دفعة واحدة، فتناولت الحرمان داخل الأسرة، و ظروف البيئة الداخلية (القريبة) وتوافق الطفل أو المراهق بين أبناء الأسر المحرومة اقتصادياً أو اجتماعياً، كان من ينتمي لأسرة يعمل الوالدان فيها في عمل يدر عائداً ضعيفاً وتصنف باعتبارها أعمالا لا تتطلب مهارة، هؤلاء كان أداؤهم وإنجازهم المدرسي أقل بالمقارنة بأبناء الأسر التي يعمل فيها الوالدان في مهن نصف المهرة أو المهرة، وأكثر من ذلك كان أبناء الأسر التي لم يتخرج أي من الوالدين من المدرسة الثانوية أقل في التوافق الاجتماعي والوجداني والتعليمي مقارنة بأبناء الأسر التي حقق فيها الوالدان مستوى تعليميا أعلى، بصرف النظر عن المستوى الاقتصادي. الشباب من أسر في ظروف أصعب أقروا بتعرضهم لخبرات سلبية وظروف بيئية قريبة أكثر ترتبط بالبيت والمدرسة وتعرضوا لأحداث ضاغطة أكثر. أهم من هذا أن نؤكد على أهمية المنظور الأيكولوجي[1] الوسيط لكي نفهم أنماط العلاقات بين الظروف الاجتماعية الاقتصادية السيئة ومستويات التوافق. إن النتائج وخبرات البيئة القريبة كانت منبآت أساسية بتوافق الشباب بصرف النظر عن التباين المشترك لظروف الحرمان الأسري ، حيث لم ترتبط الظروف السيئة في كثير من الحالات بمؤشرات التوافق إذا أخذ في الاعتبار ارتباطها بالظروف البيئة القريبة.

من النتائج التي توصلوا إليها الاختلاف في شكل الارتباط بين الحرمان في الجوانب التعليمية والاقتصادية والتوافق والخبرات البيئية القريبة، كانت العلاقة الوالدية لدى الشباب من أسر تعاني بشدة من مشكلات اقتصادية أكثر صعوبة، وكانوا أقل

(1) Ecological mediational perspective.

ارتباطًا بالمدرسة وأكثر تعرضًا للمواقف الضاغطة وكانت لديهم مشكلات نمائية أكبر (٣٦). ولكن سوء أحوال الأسرة الذي يرتبط بوضع مهني ووضع اجتماعي اقتصادي – تعليم الوالد– كان له تأثير مختلف ونمط أكثر عمومية على خبرات الخطر القريبة. الأسر، حيث لم يتخرج أحد الوالدين من المدرسة الثانوية كانت خبراتهم النمائية السلبية أكثر بما في ذلك الرفض الوالدي، وقصور المساندة الاجتماعية وقصور الاهتمام بالقضايا العقلية والثقافية ومزيد من المشاعر السلبية نحو المدرسة، وزيادة التعرض للضغوط العابرة والشديدة.

وهذا يوحي أن تعليم الآباء يرتبط بدرجة الصمود لدى التلاميذ، وكذلك بظروف نمائية أخرى، حتى بالنسبة للأطفال والشباب حيث لا صعوبات اقتصادية.

يشير العرض السابق إلى أن تأثير سوء الظروف الأسرية على النمو الاجتماعي الانفعالي يتوسط خبرات الطفل النمائية في المدرسة، والجيرة، وغيرها من المجالات النمائية ذات الأهمية في حياة الطفل. ويتضح أن جزءًا على الأقل من تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على النتائج النمائية يفسره كيف تؤثر العوامل البيئية الخارجية[1] على الخبرات البيئية الداخلية[2]، وعليه فإذا كان هدفنا أن ننمي الصمود بين الشباب الفقير، فلابد أن نخاطب كل المسارات الأكولوجية المتعددة التي تصل بين ظروف الأسر المهنية والتعليمية السيئة، وسوء التوافق لدى الأطفال والشباب.

إطار عمل أيكولوجي تفاعلي تبادلي لفهم الصمود وبنائه لدى الأطفال والشباب، الذين يعايشون خبرة الفقر والحرمان:

على ضوء ما تقدم، فإننا في حاجة إلى إطار منظومي عريض من أجل فهم الصمود لدى الأطفال والشباب في الأسر الفقيرة والظروف الصعبة والتنبؤ بها، ورسم الخطط التي تفيد في زيادة معدلاتها لمواجهة ظروف الخطر واسعة الانتشار.

---

(1) Distal.

(2) Proximal.

المنحى الخاص بالمنظور الأيكولوجي التفاعلي هو الأفضل لتحديد المسارات المؤدية للاضطراب من أجل فهم وبناء القوى و الصمود لدى الأطفال والشباب في الأسر الفقيرة ذات الظروف الصعبة (٩) (١٦) (٣٢) (٤٤) (٤٩). إذا كان الوسيط الذي من خلاله يؤثر الفقر في توافق الأطفال والشباب هو الظروف التي تحدد المجال الذي يعيش فيه الطفل ويتفاعل معه ويبني خبراته التي عليه مواجهتها، فإن الإطار المطلوب هو الذي يمكننا من دراسة العلاقات بين الأفراد وبينهم وبين البيئة، وكيف أن هذه البيئات وما تحمله من خبرات تتفاعل فيما بينها من خلال المجالات المختلفة. البحث في مجال علم النفس النمائي المرضي، والتدخل الوقائي يشير إلى أن مبادئ النمو الصحي أو السوي أساسية لفهم الاضطراب ومقاومته (١٥) (٣٣) (٥١)، هنا تكون نقطة الانطلاق هي مسارات فهم النمو السوي كما يشكلها التفاعل بين الطفل والمجالات الأولية التي ينمو فيها، وكذلك فهم الطرائق التي من خلالها يمكن للظروف المجالية أن (تشكل) هذه المسارات إما نحو بناء الكفاءات أو زيادة الاستهداف للخطر.

إن تطبيق هذه الرؤية الارتقائية على الصمود لدى الجماعات الفقيرة يتطلب تحديد عدد من المهام التي يجب تناولها لكي يتحقق لهذا الفهم مصداقيته في توجيه الخطوات التنفيذية، هذه المهام هي: (١) قياس الطرائق التي يرتبط من خلالها الفقر باختلال عمليات النمو السوي ومجالات هذا الاختلال.(٢) تحديد الطرائق التي يشكل بها الفقر وما يرتبط به من عوامل طبيعة الاختلال والاضطراب في عمليات النمو. (٣) تصميم وتطبيق سياسات وتدخلات بهدف تعديل وتصحيح هذه العمليات المضطربة حتى تقترب إلى تلك التي تؤدي إلى النتائج النمائية الصحيحة وإلى الصمود.

يبدأ هذا المنحى ذو الأساس الارتقائي بتحديد العمليات والمجالات التي ترتبط بصور النتائج الصحية (النجاح المدرسي بدلاً من الفشل) حتى في مواجهة تحديات أخرى (صعوبات اقتصادية) ثم الاهتمام بالاختلاف بين خبرات الظروف القريبة بين الأطفال في بيئات فقيرة والأطفال في بيئات جيدة، ويكون الهدف من استراتيجيات بناء الصمود هو ملء هذه الفجوة. حين نفكر: ما الذي يؤدي إلى الصمود، يمكن أن

نرى النتائج السلبية أو المشكلة يمكن التنبؤ بها بل أنها نتائج طبيعية لانحرافات الظروف النمائية، حيث إن الميكانيزمات والعمليات التي تؤدي إلى نتائج نمائية مشكلة هي نفسها التي تؤدي إلى نتائج إيجابية . إنه فقط مستوى العمليات والصور التي تتخذها هي التي تتغير حين تظهر النتائج السلبية. وهنا يكون الافتراض أن أي طفل أو شاب أو راشد سوى يتعرض للعمليات الارتقائية المثيرة للمشكلات يمكن أن يظهر عليه نفس النتائج المشكلة، وعلى العكس أن العمل من أجل الحفاظ على الصمود يتطلب معالجة الاضطراب في المجالات القريبة، التي نتجت عن الصعوبات الاقتصادية لدى الأطفال والشباب.

إن تبنى هذا المنحى الارتقائي يعد خطوة أولى ومهمة، ولكن من الواضح أن هذا المنظور النمائي العريض لا يمتلك تحديداً العمليات والظروف التي تشكل الصمود ولا لظهور نتائج معينة بدلاً من نتائج أخرى. ولكي يتحقق هذا التحديد لابد من التوصل لاتفاق على تعريف محدد للمفاهيم الرئيسية الأساسية التي تحدد النقاط الممكنة للتدخل في المسارات النمائية للصمود أو الاضطراب. ومن النقاط المهمة تعريفنا للخطر، والاستهداف، والصمود نفسه، والظروف الواقية، حيث إن الفشل في تحديد هذه المفاهيم والتمييز بينها يؤدي إلى مزيد من الخلط والغموض لما لدينا من معارف ويضعف فهمنا للقضية الأساسية: لماذا يتمكن بعض الأطفال من النجاح رغم الظروف الصعبة؟ وبلغة علمية لماذا يتراجع احتمال ظهور الاضطراب في مواجهة صعوبات اقتصادية وظروف صعبة. فهم المسارات الارتقائية للصمود ويتمثل في: إضعاف الاستهداف، وعوامل الخطر، والعوامل الواقية من الخطر، وظهور الاضطراب، والحفاظ على مسارات النمو الإيجابي، وكلها مفاهيم تمت مناقشتها في هذا الكتاب، حيث يتنبأ معظم المنظور الخاص بالاضطراب أو الصحة من منظور التهيؤ(١) للتوتر، ويعني هذا النموذج أن الأفراد قد يكون لديهم استهداف إما جيني أو مكتسب للاضطراب. هذا التهيؤ الداخلي هو أحد أطراف المعادلة وهو يضع عتبة الطواعية

(1) Diathesis - stress.

للظروف البيئية (الضغوط، والظروف الصعبة) أو المنغصات (اختلال النظام في المجالات المختلفة، ومحدودية الفرص المتاحة، وتغيرات حادة في مطالب النمو)، وغيرها من أشكال الخطر وهي التي تدفع إلى حدوث الاضطراب.

من المهم أن نفهم أن مفهوم الخطر يعرف كالآتي، رغم سوء استخدامه أو سوء تطبيقه أحيانًا(٩)، يعرف مفهوم الخطر وبائيًا كما يأتي:

> هناك صيغة شرطية عن احتمال أن أي فرد من مجتمع ما أو مجتمع فرعي ما سوف يظهر عليه حالة اضطراب ما، كثيراً ما يهمل في مناقشة الخطر أن انتماء فرد لعضوية جماعة في خطر لا يوضح شيئا محددا خاصا بأي فرد محدد من أفراد هذه الجماعة، إلا أنهم تعرضوا لظرف أو لظروف خطر تتعرض لها الجماعة، إذا كان الاحتمال الشرطي للاضطراب في مجتمع ما هو (×) هذا لا يعني أن كل فرد في هذه الجماعة لديه استعداد مسبق لظهور، أو أنه معرض لظهور الاضطراب، إن ظهور الخطر لا يعدو أن يكون صيغة إكتوراية عن أفراد جماعة ما (٩).

يعتبر الفقر والحرمان من أقوى ظروف الخطر التي يتعرض لها الأطفال والشباب وتركز الجهود لبناء الصمود على هدف ضمني. إن لم يكن معلن وهو تناول الطرائق المحتملة التي يفسد الفقر والظروف الصعبة من خلالها عمليات النمو في حياة الأطفال والشباب في شريحة عمرية معينة.

من المهم أن نفهم في هذه المناقشة أن الرؤية الشائعة أن أطفال وشباب البيئات الفقيرة هم الأكثر تعرضًا للخطر رؤية غير دقيقة، لقد تعرضوا فعلاً لعوامل تمثل مستوى أعلى نسبيًا من ظروف الخطر، ويمكن أن ننظر لهم باعتبارهم مجتمعا في خطر، ولكنهم ليسوا أفرادا في خطر، من المؤسف أن تستخدم مفهوم الخطر على أساس أن كل فرد في جماعة تسودها عوامل الخطر، هو في خطر أو مستهدف للخطر بصورة أكبر مقارنة بأفراد جماعة أخرى ليست في ظروف الخطر، هذا ليس صحيحًا، من منظور الصمود، وبالاعتماد على مقومات نمائية أخرى، فقد يكتسب الأفراد أو يتوفر لهم بصورة شخصية في البيئة المباشرة (القريبة) في المدرسة أو المنزل ظروف تجعلهم أقل تعرضًا للخطر من أفراد في بيئات غير فقيرة.

وينشأ هذا التداخل في المفاهيم ولو جزئيًا من الرجوع إلى مستوى[1] المتغيرات الشخصية، وخاصة حين ترتبط بأفراد من مجتمعات يطلق عليها مجتمعات في خطر (٢٥) (٢٦) مثل حالة الأطفال ذوى صعوبات القراءة أو التعلم، أو من يثيرون مشكلات في الصف الدراسي، أو يعانون من الخجل وكلهم ينطبق عليهم أطفال في خطر، وهنا تكون الخطوة الأولى أن نميز بين العناصر المهمة في المسارات المؤدية إلى الصمود لدى الأطفال والشباب الذين يعيشون في فقر، فمن المهم أن نمنع هذه المصطلحات وأن يكون من الواضح لدينا أن هذه المفردات لا يمكن إطلاقها على أفراد بأشخاصهم.

حين ننتقل لفهم الخطر المعرضين للفقر والحرمان فهناك عدة نتائج مهمة للتعريف الذي نقدمه للخطر. أولاً: ظروف الخطر بيئية في المقام الأول، ويقع في هذه الفئة الحرمان والفقر والاضطراب المباشر في السياق النمائي، هذا لا يعني أن الانتماء لمجتمع له خصائص خطر جينية يعتبر عامل خطر فردي، حيث إننا نتكلم عن مقومات على المستوى المجتمعي[2] .

ثانيًا من المهم لفهم طبيعة الصمود وكيف ينمو لدى الأطفال والشباب تحت ظروف الفقر، أن ندرك أن مثل هذه الظروف البيئية لها دوران متمايزان تمامًا، كظروف تمهد أو تصنع الاستعداد أو ظروف تعويضية أو حين تعمل الظروف البيئية كظروف مهيئة أي تزيد من الخطر يكتسب الطفل للخطر، و يكون الاستهداف للخطر من متغيرات المستوى الفردي وينتج عن تفاعلات سلبية مع ظروف البيئة الراهنة أو عدم التعرض لظروف مهمة تساعد على النمو وبناء القوى، مثال للتفاعل السيئ بين الطفل والوالدين في مرحلة مبكرة من العمر قد يؤدي إلى نمو الاستهداف للخطر ويؤخر أداء الطفل الوظيفي في مجالات متعددة.

كما أن جوانب القوة والكفاءة يمكن أن تكتسب من مجالات النمو الأولية القريبة، وهي أيضًا على المستوى الفردي ، واتساقًا مع النموذج الوسيط الذي سبق مناقشته،

(1) Individual - level variables.

(2) Population - level variables.

فإن إحدى الطرائق لتنمية الصمود هو في تدعيم قدرة الظروف القريبة أو تعظيمها (النمط الأسري، فرص التعلم في المدرسة) كي تتحمل التأثيرات السلبية المتكررة التي يمكن أن تنتج عن قصور الموارد الاقتصادية وما يصاحبها من ضغوط وصعاب. أدى الفشل في فهم أن هذه الخصائص على المستوى الفردي ، نتائج نمائية على المستوى الأول[1] (الاستهداف المكتسب أو الكفاءات والقوى) إلى إدراجها تحت مسمى خاطئ باعتبارها ظروفا على المستوى الفردي للخطر، أو أنها علامات مبكرة لحدوث اضطرابات محددة.

مستوى الكفاءات والقوى والاستهداف المكتسبة كلها تؤثر في احتمال أن يكون الفرد صامداً في مواجهته لخبرات وظروف الخطر التي تحدد الظروف النمائية، التي تحيط بالأطفال والشباب في الأسر التي تفتقر إلى الموارد المالية. ولكنها ليست علامات على الخطر الفردي وليست علامات مباشرة حتمية لوقوع الاضطراب. ولكن من المهم إن نلاحظ أن ما يبنى الصمود في الأفراد أيضًا يطمس هذه المفاهيم. الصمود على مستوى المجتمع نتيجة يمكن تعريفه من استجابة فرد أو مجتمع للتحديات والضغوط. إن مناقشة بناء الصمود يفتقد هذا العنصر الأساسي في التعريف ويطمس فروقًا مهمة بين هذه النواتج وبين مظاهر المسارات النمائية التي تؤدي إليها. ما يبنى أو يكتسب هو القوى، أما الاستهداف فيمكن أن يكتسب أو يتجنب، وتتفاعل الموارد البيئية والضغوط بطريقة خاصة جداً. ولذا فحتى لو كان لدى الفرد استهداف مكتسب دون أن يتعرض لظروف محركة فلن تحدث مشكلات. هنا يكون الصمود نتيجة لتجنب الطفل التعرض لبعض المطالب النمائية حتى لو اكتسب مستوى استهداف أكبر، وبهذه الطريقة فإن المجالات الأولية النمائية التي تقاوم التفكك والاضطراب نتيجة للفقر هي في ذاتها صمود أي تحافظ على الوظائف النمائية الإيجابية في مواجهة المخاطر والتحديات.

ولنتقدم لمناقشة هذه القضية خطوة أبعد فنعتبر أن الظروف البيئية ظروف مهيئة للانحراف أو واقية منه ، ولا تمثل استعدادا ويمكنها أن تتفاعل مع الكفاءات والاستهداف القائم والذي سبق اكتسابه، لكي تؤدي إلى حدوث الاضطراب. وبنفس

(1) First order developmental outcomes.

الطريقة تعمل الظروف الواقية في البيئة القريبة والمجالات النمائية بصورة تعويضية فتخفض احتمال تنشيط الاستهداف حين يخبر الطفل ظروف الخطر.

الرؤية الكامنة في هذه الرؤية للمسارات المؤدية للاضطراب هي أن التعرض لظروف خطر أو استهداف لا يؤدي بالضرورة للاضطراب شكل ٩-١، وكذلك التعرض لعوامل واقية أو اكتساب كفاءات لا ينتج عنه بالضرورة الصحة والصمود، ولكن هذه هي العناصر النمائية للصحة والاضطراب التي تتفاعل فيما بينها (١٥). وهذه هي العناصر في المسارات النمائية التي يجب السعي لتغييرها لتنمية الصمود ومنع الاضطراب. من هذا المنطلق فإن تنمية الصمود لدى الأطفال والشباب في البيئات الفقيرة ذات الظروف الصعبة يجب أن يتضمن ويركز على استراتيجيات (١) السعي لتخفيض مستوى ظروف الخطر وزيادة العوامل الواقية. (٢) ومن خلال الخطوة السابقة وبصورة مباشرة أو غير مباشرة تنخفض معدلات الاستهداف في المستوى الشخصي وترتفع الكفاءات والقوى. (٣) تغيير مستويات وظروف عوامل الخطر والعوامل الواقية، التي ظهر أنها تتفاعل مع الاستهدافات والقوى المكتسبة لتؤدي إلى حدوث اضطرابات شديدة ، أو تؤدي إلى الصمود في مواجهة التحديات.

Robert D. Felner



شكل ١-٩ عوامل الخطر / عوامل الحماية – الاستهداف للخطر المكتسب القوى والكفاءات – الصمود / الاضطراب

هذا التصور للمسارات النمائية له مترتبات مباشرة عند تقييم المبادرات التي تركز على الصمود. التقديرات المبدئية لفاعلية هذه الجهود التي تسعى لرفع الصمود لدى الأطفال قد تتم في وقت أقرب من المفروض. ولتوضيح ذلك نجد أن تأثير بعض الجهود التي تسعى لتنمية الصمود لدى الأطفال في مراحل الحياة يستغرق سنوات قبل ظهور الظروف أو الاضطرابات الأولية التي نسعى للتأثير فيها.

إن المنظور المشتق من فهمنا لمسارات النمو الذي أشرنا إليه يجعل من الممكن الحصول على تقديرات سريعة للبرنامج أو السياسة وما تحقق من الآثار طويلة المدى المستهدفة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال قياس درجة ما نتج عن المبادرة من تغييرات في الاتجاه المطلوب في الظروف المفتاحية المبكرة في مسارات النمو، حتى لو كانت بعيدة عن الوقت الذي قد نتوقع حدوث الخلل الوظيفي. كما أنها تساعدنا على فهم أفضل لمستويات التغير وللبرنامج المطلوب لتحقيق الآثار المرغوبة.

مثال لذلك أن أول قياس لتأثير البرنامج قد يركز على درجة انخفاض مستويات الخطر وزيادة مستويات الظروف المدعمة ، يتلو ذلك قياس درجة تغير مؤشرات الاستهداف والكفاءات في المجتمع. أخيراً، عندما يمر أفراد المجتمع بظروف معينة تبين أنها تعمل باعتبارها مكثفا لعوامل الخطر (الانتقال من مدرسة لأخرى، التعرض لتحرش) و/ أو يصلون لفترات معينة في النمو يتوقع فيها ظهور الاضطرابات، يمكننا هنا أن نقيس المعدلات الفارقة لحدوث صعوبات التوافق من أجل قياس مستويات الصمود التي تحققت. وحين نحدد زيادة مستويات القوى أو انخفاض مستويات الاستهداف (زيادة ملحوظة في مستويات مهارات القراءة لدى أطفال الأسر الفقيرة، وانخفاض معدل التفاوت في المساواة) يكون لدينا دليل واضح على أننا رفعنا معدل الصمود في المجتمع (الفقراء) عبر الحياة.

الظروف الوسيطة :

لنعد لمناقشة الظروف الوسيطة والمسارات الوسيطة حيث تتسق مع الإطار الذي نطرحه ، ويمكن النظر للظروف الوسيطة باعتبارها ظروف خطر سبق مناقشتها، فهي الظروف القريبة في مجالات نمو الطفل التي تشكل خبراته اليومية، مثال: حين يعايش الأطفال الفقر فإن التغيرات المرتبطة بظروف حياة الطفل المسئولة عن المترتبات التي نلاحظها مثل، داخل الأسر حيث يرتبط الفقر وندرة الموارد بتغيرات سلبية في نموذج الوالدية، واكتئاب الوالدين والصراع بين الوالدين ، وهي ظروف في ذاتها ترتبط بصعوبات نمائية واضطرابات متعددة، من هذا المنظور فإن الفقر، والظروف الصعبة، وما يرتبط بها تعتبر علامات على مستويات مرتفعة للتغيرات القريبة والظروف الوسيطة في المجال النمائي للفرد. في النموذج المقدم يكون التركيز المباشر عند التدخل لبناء الصمود على تخفيض مستويات هذه العوامل الوسيطة السلبية (ظروف الخطر) التي يعايشها المجتمع الكلي.

ما يترتب على طبيعة وأهداف البرامج والسياسات التى تركز على تنمية الصمود:

سوف ننظر فيما يلي في تطبيق إطار العمل الذي طرحناه على أهداف وشكل البرامج المناسبة لتنمية الصمود لدى الأطفال والشباب الذين يعيشون في بيئات فقيرة. أول ما يترتب على إطار العمل الذي طرحناه، إن المنحى الذي يركز على الفرز[(١)] الفردي لا ينصح به وليس مطلوباً، حيث نسعى لتحديد جماعة مناسبة في مجتمع مناسب نوجه نحوه جهودنا لتنمية الصمود. وبدلاً من المسح الفردي يمكن أن نطبق البيانات الوبائية لنركز بدقة على المجتمعات ككل حيث الاحتمال كبير أن يمر أفرادها بخبرات الوسائط الخطيرة، لتحديد ما لديهم من الاستهدافات للخطر وكذلك جوانب

(1) Individual Screening.

القوة التي يمكن أن تكون نتائج مناسبة من المستوى الأول (الشخصي)، وتركز عليها جهود البرنامج من أجل تنمية الصمود لدى هذا المجتمع.

وهنا نقر أن الفقر متغير اقتصادي وليس متغير نفسي (٣٠)، ويظهر تأثيره على الناتج النمائي لارتباطه بالطرائق التي ترتبط بها الظروف الاقتصادية بالظروف المجتمعية والمادية والنفسية التي تتوسط أو تترجم الظروف الاقتصادية إلى خبرات يومية. (٨) (٩) على أساس البيانات الوبائية يمكن التنبؤ بقدر كبير من اليقين أن الأطفال في المناطق المحرومة اقتصاديًا (يحدد متغير الجيرة طبيعة الفقر والحرمان التي سوف تهتم بها جهود تنمية الصمود) سوف يتعرضون لمدرسة دون المستوى، وضغوط بيئية عالية ولظروف تؤدي إلى توقعات وطموحات عالية، وغير ذلك من عشرات الوسائط السلبية (٥٢).

الجهود التي توجه إلى مثل هذه الظروف الخطرة أو الظروف الميسرة للنمو لكل الأطفال الذين يعيشون في هذه الجيرة، سوف تكون اقتصادية وذات فاعلية في الوصول إلى الجماعة التي نهدف الوصول إليها مقارنة بالبحث على عينة محدودة من الأطفال أو الأسر (٨) (٩) (٢٢) فعمل دراسة مسحية على الأطفال في منطقة سكنية واحدة لتحديد الظروف الوسيطة، التي قد تؤدي إلى ظهور مشكلات اجتماعية أو انفعالية ستكون باهظة التكلفة، وسوف تستهلك الميزانية المعتمدة ، على حين أن التدخل الذي يوجه نحو العوامل الوسيطة ذات الأهمية في المجتمع ككل سيكون مناسبًا في تكلفته وسوف يخفض احتمالات الاضطراب في المجتمع ككل، وفي نفس الوقت يبنى القوى التي تيسر القدرة على التعامل مع التحديات التي تنشأ عن الحرمان والظروف الاقتصادية الصعبة والجيرة السيئة. مثال: قد يقدم التدخل من خلال برامج ما قبل المدرسة للأطفال والأسر، أو من خلال بيئة تربوية عالية الجودة، أو من خلال جهود لرفع معدلات الأمان في الجيرة، أو تعديل أو إلغاء السياسات التي تحبط نجاح الأسر أو تضع العراقيل في طريق إتاحة فرص للوظائف الجيدة. منذ أكثر من عقد من الزمان لخص البعض إنجازات ومشكلات برامج التدخل المبكر، وفي هذه الرؤية ما

يشير إلى أهمية الجهود التي توجه للمجالات بصورة كلية كما يلي، "مهما كان الإرشاد النفسي أو مناهج الطفولة المبكرة، أو الزيارات المنزلية فلن تصل في تأثيرها قدر تأثير توفير العمل الذي يضمن دخلاً مناسباً، وسكنًا مناسباً، ورعاية صحية، وجيرة متوازنة حيث يتاح للأطفال نماذج قدوة إيجابية".

ملخص :

في النموذج الذي تم طرحه، كان الهدف من التغيير في الدرجة الأولى أو التغيير المباشر لجهود تنمية الصمود موجهًا نحو المسارات النمائية، التي تؤثر في الاضطراب والتوافق على مستوى عناصر غير فردية وإنما علىٰ مستوى المجتمع، وسوف تركز الاستراتيجيات على الجهود المباشرة لزيادة أو إنقاص (تبعًا لما هو مناسب) مستويات ظروف الخطر والعوامل الواقية والخبرات التي يتعرض لها المجتمع والتي تزيد من النمو. إن التغيرات في مستويات عناصر الدرجة الأولى في المسارات النمائية للمجتمع، سوف تقوم بدورها بالإشعاع لتؤثر على تحقيق التغيرات في الدرجة الثانية، هذه العناصر في الدرجة الثانية من المسارات النمائية سوف يظهر فيها التغيرات في الاتجاه المرغوب بعد حدوث التغيرات في عناصر الدرجة الأولى، هذه النتائج الوسيطة المبكرة تقدم دليلاً أوليًا على أن الاستراتيجية في طريقها المقصود لتحقيق أهدافها البعيدة. أهداف التغيرات في الدرجة الثانية في المسارات النمائية يتضمن مستويات من الاستهداف المكتسب وكذلك الكفاءات والقوى التي يمكن اكتسابها لتحقيق نواتج الصمود. وهكذا سوف يتضمن التدخل إجراءات منظومية تهدف إلى تعديل التأثير التفاعلي التبادلي لظروف الخطر والقوى والاستهداف للخطر والموارد وذلك من خلال تشكيل المسارات التي تؤدي إلى النتائج النمائية موضع الاهتمام.

على ضوء هذا الفهم لمظاهر المسارات النمائية التي هي أهداف وسيطة للتغير سواء بصورة مباشرة أو بصورة غير مباشرة. هنا أوجه السؤال ما الأهداف بعيدة المدى لبرامج التدخل لبناء الصمود؟ الإجابة عن هذا السؤال مهمة حيث تحدد الظروف

الخاصة التي وجدت في المسارات النمائية، والتي سوف تشغلنا ونهتم بها ، مثلاً، أنها تجيب عن التساؤلات حول ظروف الخطر والاستهداف لتحقيق نتائج وظيفية.

جهود موجهة نحو تنمية الصمود النفسي لدى الأطفال والشباب تحت ظروف الفقر: قضايا خصوصية النواتج والمسارات المؤدية للاضطراب:

تحديد النتائج (النواتج) :

يثير كثير من الباحثين قضية المستوى المناسب لخصوصية التوجه نحو الصعوبات النمائية. البعض يطرح مناح عامة وعريضة لتنمية الصمود والبعض الآخر يناقش قضايا أكثر تحديداً، الصمود كما يرتبط بالجناح، أو الاكتئاب، أو ضبط الذات، أو صعوبات التعلم، عندما نضع في الاعتبار التساؤل الخاص ما هي الأهداف المناسبة للجهود التي تبذل لرفع الصمود لدى الأطفال والشباب في البيئات الفقيرة. أعود لقضية ما إذا كانت الجهود توجه نحو تخفيف حدة اضطرابات محددة، أو أننا عندما نتعامل مع قضية الفقر باعتبارها الظرف الأساسي للخطر، فإن الجهود توجه لنتائج متعددة وعريضة.

تاريخياً، هناك بعد أساسي تنتظم فيه معظم الجهود التي تبذل لتنمية الصمود ومقاومة الخطر ومنع الاضطراب ، ويعكس افتراضين مختلفين تماماً عن خصوصية وتفرد المسارات النمائية. البرامج التي تركز على نتيجة واحدة مثل تلك الموجهة للتعاطي أو الانحراف أو الفشل الدراسي أو الاكتئاب أو الانتحار، وتعكس مساراً محدداً في المرض أو الاضطراب تعتمد أساساً على النموذج الطبي الكلاسيكي في الاضطراب. هذه النماذج ترى أن اعتلال الوظائف سببه قصور محدد أو أسباب مرضية معينة أو استعداد مرضي يتفاعل مع الاستهداف الفردي الذي يمكن تحديده.

والموقف المعاكس يرى أن هناك حاجة إلى **منحى شامل، متعدد الأسباب، ومسار أو جذر أو سبب نمائي غير مخصص** (١٦) (٣٥) ويرى هذا النموذج (١) معظم

الاضطرابات التي نسعى لمنع حدوثها يربط بينها عوامل خطر مشتركة. (٢) إن الظروف التي تحمي من اضطراب ما تحمي من الكثير غيره. (٣) إن هناك استهداف شخصي غير محدد يرفع طواعية الفرد لظهور الاضطراب في مجالات واسعة من الخلل الوظيفي . إن المسارات المؤدية لمعظم الصعوبات الاجتماعية والانفعالية والتوافقية التي نهتم بها ذات طبيعة مركبة ويشترك فيها أكثر من اضطراب، وبالتالي فإن السعي إلى معرفة أسباب محددة خاصة باضطراب معين سعياً يجانبه التوفيق بالنسبة لمعظم النتائج النمائية والأمراض الاجتماعية.

بالنسبة للأطفال والشباب في ظروف الفقر، نجد أن المجال الواسع للعناصر المتنوعة لمسارات النمو التي يؤثر فيها الفقر، والتي **لا تخضع فيها مصادر الخطر لتحكم الفرد**، تكون فيها المناحي العامة الشاملة هي الأنسب. إلى جانب ذلك فهناك الكثير من البحوث التي تشير إلى كفاءة مثل هذه المناحي عندما تقدم لمجتمع معرض بشدة للعديد من الاضطرابات والخلل، والذي يعاني من فساد في السياق القريب والوسيط الذي يحدد بدوره الخبرات النمائية للمجتمع المعين. أشارت الدراسات التي أجريت على تأثير التوافق على ظروف نمائية متعددة إلى وجود عوامل نمائية مشتركة مثل موارد الأسرة، وأنماط التفاعل في ظروف الحرمان الاجتماعي والاقتصادي، وضغوط حياتية أخرى، وانعدام القوة، وعوامل أخرى واقية متنوعة وغير مخصصة (كالمساندة الاجتماعية، والكفاءة الذاتية والأمل) وكلها ترتبط باحتمالية أن يظهر لدى أفراد مجتمع ما اضطرابات عقلية وجسمية شديدة التنوع (١) (٣٦) (٤٤) ويتفق مع هذا الدليل النمائي، البيانات الوبائية للاضطرابات الشديدة (١) (٣٦) التي تشير إلى انتشار وتعدد الإصابات بأكثر من اضطراب تحت هذه الظروف القاسية مما يؤكد الحقيقة الخاصة أن الاضطرابات تنشأ من تجميعة مشتركة من الخبرات النمائية والأسباب الجذرية في مساراتها.

هناك مجموعة ثالثة من الدراسات دراسات تؤكد التداخل واللاخطية بين المسارات التي تؤدي للاضطراب خاصة لدى المعرضين لظروف نمائية مشكلة كالفقر، كما تؤكد على ثبات المسار النمائي لهذه المصاعب.

في تلخيص للنتائج الخاصة بتزامن الاضطرابات (٤٢) "إن أكثر نتائج الدراسات الوبائية النمائية إثارة للدهشة هو التزامن الشديد للاضطرابات (ظهور أكثر من اضطراب في نفس الوقت) وقد تأكدت هذه النتائج في كثير من الدراسات بما فيها الدراسات الكبرى التي أجريت في المعهد الطبي (٣٦) وفي مناقشة الجوانب المشتركة عبر الأسباب الجذرية والحاجة إلى الاهتمام بالمناحي التدخلية الوقائية العامة وليس تلك التي تركز على نتائج محددة. وورد نفس المعنى (٤٤) "حيث ظهرت ارتباطات واضحة بين بعض الجراثيم واضطرابات بيولوجية محددة، إلا أن هذا لا يصدق على الاضطرابات السلوكية. وفي صياغة أخرى تلخص الترابط والتداخل بين المشكلات الاجتماعية" وأن الأطفال من بيئات ذات معدلات خطر مرتفعة، (حيث الفقر حاد ومنتشر وشديد في الجيرة) تؤثر في الخبرات النمائية التي تصل حدتها إلى رفع معدلات المرض الذي ينتج عنها عبر كل قطاعات المشكلات الإنسانية الاجتماعية والانفعالية والصحية.

لقد كان تأكيدنا في المناقشات التي عرضناها على قضايا متداخلة يشوبها الغموض، وفهم يحتاج إلى تكامل نسيجه حتى يصل إلى إطار عمل تصوري متكامل يرشّد تنمية الصمود في مواجهة المخاطر والتحديات المتعددة التي تتحدى الشباب والأطفال في ظروف الفقر. والآن أعرض لمناقشة مختصرة لتطبيق هذه المهمة الخاصة بإطار العمل النظري المتكامل الذي طرحته لهذا الهدف، (٥) والذي يسمح لنا بإتمام هذا النسيج.

النماذج الأيكولوجية التفاعلية لمنع الخطر:(١)

إن النموذج الأيكولوجي التفاعلي إطار عمل طوره ونقحه مجموعة من الباحثين (١٦) (٢٠) (٢١) (١٥) وأعطوا أمثلة لاستخدامه، لترشيد برامج التدخل عبر العقود

(1) Transactional - Ecological models.

الماضية، وخاصة كما يطبق في الوقاية وتنمية الصمود، وقد أسهم باحثون آخرون في تطوير النموذج (٤٩) (٥٠)، يتضمن (٩) النموذج خصائص مهمة لترشيد الاستراتيجيات التي يتوفر فيها مستوى من التكامل يسمح لها بتناول العديد من القضايا التي تم تناولها فيما تقدم، وفي نفس الوقت يوفر التخصيص المطلوب في التدخل كي يحقق الأهداف المقصودة.

النموذج الأيكولوجي التفاعلي تنظيم وتوليف لإطاري عمل نموذجين من نماذج النمو التفاعلي (٤٤) والأيكولوجي (٣) ولا تدخل مناقشة هذه النماذج ضمن مكونات الفصل الراهن، ولكننا سوف نعرض المعالم الأساسية التي ترتبط بالقضايا موضع الاهتمام.

تحدد **النموذج التفاعلي** (٤٣) (٤٤) كموجه للجهود الوقائية لتنمية النواتج النمائية للأطفال والشباب، يؤكد النموذج على التفاعل الدينامي المتبادل بين الفرد والمجال من خلال التأثير الثنائي الاتجاه باعتباره عنصراً أساسياً (٤٧) مثال كان الاعتقاد أن التفاعل بين الطفل والوالدين، أو الشاب وأقرانه هو نتيجة لتأثير الطفل على الأب أو الشاب على الرفاق، التأثير المتبادل لقوة البيئة على الطفل.

إن الهدف الأساسي للتغيير من منظور النموذج التفاعلي هو العمليات النمائية الأساسية التي تؤدي إلى القوة أو الاضطراب. ولكن هذا النموذج لا يكفي لمواجهة الظروف المتنوعة المتعددة الكثيرة التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند التدخل ، إذا كان الاهتمام موجهًا نحو مسار نمو الأطفال والشباب الذين يعيشون تحت ظروف الفقر المباشر. إن نموذج التفاعل المتبادل نموذج ثنائي. وهو يتعامل مع البيئات القريبة التي يشارك فيها الفرد مشاركة مباشرة ، وكثير من السياقات التي تؤثر على حياة الأطفال الذين يعيشون تحت ظروف الفقر، وتقع خارج حدود خبراتهم ، حيث إن نموذج التفاعل المتبادل يرى مصادر التأثير على أنها ثنائية الاتجاه (٤٧) دائمًا، ولكن هناك بعض المجالات القريبة يكون تأثير السلوك الفردي فيها محدوداً مثل المدارس، والتي لا يتناسب فيها تقديم توجيهات للتدخل. لكي نعالج هذا القصور ونصل إلى

نموذج وقائي متكامل، كان السعي (١٦) (٢٢) (١٥) (٢١) (٤٩) (٥٠) نحو ربط نموذج التفاعل الثنائي مع نموذج أيكولوجي نمائي (٢) (٣) (٣١).

لقد نتج عن الجمع بين المنظور الأيكولوجي والمنظور التفاعلي لتكوين نموذج تفاعل أيكولوجي اتساع مجال تركيز كل منهما اتساع له أهميته. اتساقًا مع المنظور التفاعلي يرى المنظور الأيكولوجي. إن المسارات النمائية تتشكل من خلال التوائم المتبادل المتدرج بين كائن إنساني نشط ينمو، وخصائص المواقف المتغيرة التي يعيش فيها (٣) . يوفر إطار العمل الأيكولوجي وضع عناصر إضافية للسياقات الإنسانية في الاعتبار. فهو يقدم وسائل شاملة ومتكاملة لرؤية التفاعل بين الأجزاء المختلفة من المنظومة الأيكولوجية الكلية والمنظومة النفسية الكلية، وليس بين الأفراد وبيئاتهم القريبة (المباشرة) فقط. ويسمح هذا المنظور بصفة خاصة بالاهتمام بالتأثيرات التي تشكل العلاقات الدينامية بين النظم، والطرائق التي من خلالها يؤثر كل جزء في هذه النظم المتعددة على النمو الإنساني. نظراً لاتساع تأثير الفقر على كل النظم التي يشارك فيها الطفل أو معظمها بصورة مباشرة، وتأثيره على النظم التي يعيش فيها الآباء أو من يرعى الطفل، فإن المنظور الذي يهتم بالتأثير المتبادل للنظم القريبة (المباشرة) عبر الأفراد الذين يعيشون في هذه النظم وفيما بينهم، تكون له أهمية حاسمة حتى يمكن تقدير التحديات والنتائج التي يواجهها الأطفال والشباب الذين يعيشون تحت ظروف الفقر في هذه النظم.

هناك ثلاث طرائق مهمة على الأقل يمكن التوليف بين النماذج الأيكولوجية والتفاعلية من خلالها وتمكننا من تناول هذه الأمور المعلقة أولاً: أنه يمكننا من الانتباه إلى الأهمية السببية للظروف التي يتعامل معها الطفل بصورة مباشرة، ولكن ليس لسلوكه تأثير ثنائي الاتجاه عليها (هو يتأثر ولا يؤثر) ويقع في هذه الفئة "ظروف البنية الاجتماعية" ونعني بها شدة وتوزيع الفقر والحرمان الاجتماعي (٢٨) (٤٨) (٥٢)، والظروف الاجتماعية المتغيرة التي تؤثر في ما يؤول إليه حالة الفقر والدافعية (٥٤) وبناء السياقات النمائية الأولية كالمدارس (٤٦).

مما يثير الاهتمام بصفة خاصة في هذا الفصل أن هذا المستوى يسمح لنا بتناول كل الظروف باتساع المنظومة[1] التي تشوه كل التفاعلات الثنائية التي تقع فيها. من الواضح أن الفقر خاصة إذا كان شديدًا ودائمًا هو أحد هذه الظروف المنظومية وله تأثير عام، وتحدث هذه الظروف في مستويات عديدة في النظم المختلفة، ويطلق على أصغر مستوى في النظم الصغيرة (٣) أو السياقات ذات مستوى المواقف المباشرة النظم الصغرى[2] هو السياق النمائي الأولى الذي يعيش فيه البشر. ويتضمن المدرسة والمؤسسة الدينية والأسرة ومكان العمل وجماعات الرفاق، إن القواعد المنظمة في هذه السياقات لا تتأثر إلا ببطء شديد إذا تأثرت أصلاً بالتفاعل الثنائي الذي يقع بداخلها. مثال إن الاضطراب الشامل الذي يصاحب الانتقال إلى المدرسة الثانوية والذي تغذيه المدرسة الإعدادية هو ظرف يمكنه أن يحدث خللاً في النمط الثنائي[3] داخل المدرسة ومع الأقران (١٧) (١١)، وكذلك فإن النظم الاجتماعية في المدرسة أو مكان العمل من حيث مواردها ونظمها الرسمية يمكنها أن تشكل طبيعة التفاعل بين الفرد والآخر بداخلها (٤٦)، ولكن التفاعل الثنائي لا يؤثر بالضرورة ولا بسرعة في القواعد المنظمة للمنظومة التي تشكل التفاعل.

في مستوى النظم الكبرى[4] (كظروف البنية الاجتماعية، والقواعد المنظمة) (٣) يكون تأثير سلوك الفرد محدوداً، ولكن من خلال المواقف القريبة (المباشرة) وهي النظم الصغرى، تصبح لهذه الظروف مترتبات تواؤمية مهمة على سلوك الأفراد بصورة مباشرة من خلال تأثيرها على النظم الأخرى التي يعيش فيها الفرد. مثلاً: حين نتناول تعريف النتائج التي تمثل الصمود لمن يعيشون تحت ظروف الفقر، من المهم أن نفهم أن التغيير في ظروف النظم الكبرى "أدى إلى رفع مستوى ما يتوقع وغيّر قيمة ما كان

(1) System wide.

(2) Micro system

(3) Dyadic patterns.

(4) Macro system.

يعتبر في الماضي هدف دافعي ترتبط به مكافآت واضحة. ولتوضيح ذلك فإنه نظراً للتغيرات المجتمعية انخفضت قيمة التخرج من المدرسة الثانوية بمقدار ٤٠٪ ما بين السبعينيات والتسعينيات واستمرت في الهبوط (٥٤) هذه ظروف (بنائية) في البيئة الاجتماعية لا تخضع لتحكم الأفراد. ولكن هذا التغيير يمكن أن يكون له آثار عميقة على السلوك الذي يعتبره التلاميذ سلوكًا توافقيًا. حين يصاحب هذا الظرف ظروف أخرى تحمل إلى الشباب رسالة مؤداها ضعف الأمل في الالتحاق بالجامعة - حتى وإن أتموا الدراسة الثانوية - هذا التغير أو التحول في المعنى الاقتصادي للتخرج من المدرسة الثانوية ، وقد يؤدي إلى بدائل تبدو ذكية وجاذبة ولكنها سلوكيات غير مقبولة من المجتمع مثل ترك المدرسة في مرحلة مبكرة، أو الإنجاب في سن مبكرة أو القيام بنشاط غير قانوني للحصول على المال.

فائدة ثانية لجهود فهم وتنمية الصمود لدى الأطفال والمراهقين مشتقة من الجمع بين النموذج الأيكولوجي والتفاعلي التبادلي، إن هذا التوليف يسمح بالنظر في الطرائق التي من خلالها تؤثر أوجه التشابه والاختلاف بين المواقف على التفاعل بين الأفراد وأي موقف (تسمح بالنظر بالتأثيرات عبر السياقات) أطلق على مثل هذه العلاقات بين النظم الصغرى النظم الوسطى[1] ، ترجع الحاجة إلى النظر إلى تأثيرات عبر السياقات المختلفة إلى فهم أن الأفراد لديهم عدد من المواقف الأولية التي تكون الخريطة الأيكولوجية لسياق حياتهم. كل موقف من هذه المواقف الأولية له متطلبات خاصة به تشكل طبيعة التفاعلات التبادلية التي تتطلبها، إن الحلول والقدرات والمهارات التي يتطلبها سياق ما إذا ما طبقت في سياق آخر قد تكون زائدة عن الحاجة أو ذات تأثير مضاد أو غير مناسبة، مثال لذلك، فإن المهارات وأساليب التفاعل التي يتطلبها التوافق في بيئاتهم المحرومة حيث لا أمان، إذا ما طبقوها في المدرسة فسوف تكون لا توافقية وغير مناسبة، ونتيجة لذلك يوصم هؤلاء الأطفال بالافتقار للكفاءات الاجتماعية أو غيرها من القدرات، والواقع أن المشكلة الحقيقية أن هؤلاء الأطفال ليس لديهم

---

(1) Mesosystem.

قصور ، وإنما هناك خطأ في تماثل المهارات المطلوبة بين السياقات النمائية المختلفة التي تكون حياتهم. بالنسبة للأطفال والمراهقين ذوى القدرة المحدودة على اختيار المواقف الأولية التي تشكل حياتهم أو التأثير فيها، يكون فهم الديناميات التي تعمل بصورة تبادلية بين هذه المواقف لتشكل بعضها بعضا، وتشكل توافقهم له أهمية أكبر مقارنة بأهميته للبالغين الذين يستطيعون الانسحاب بسهولة أكبر من المواقف التي لا تتسق مع الآخرين في حياتهم.

تضيف العلاقات بين المنظومات الوسيطة لفهمنا لمسارات الصمود والجهود التي تبذل لتنميته ، وتجذب الانتباه إلى الظروف المحيطة بجهود تنمية الصمود التي قد تلعب دوراً يحد من تأثير هذه الجهود ، وإذا لم تؤخذ في الاعتبار قد تؤدي إلى نتائج مزيفة عن البرنامج مفادها أن المهارات التي تتعلق بتنمية الصمود غير مناسبة في حين أنها عناصر ضرورية، ولكنها ليست كافية لاستراتيجية متكاملة لتنمية الصمود.

هناك أمثلة عديدة لهذه الحالات، مثال: إن تأثير منهج يركز على الصمود ويتضمن بناء مهارات حل المشكلات الوجدانية والاجتماعية والسلوكية سوف يكون ضعيفًا إذا كانت البيئة المدرسية التي يطبق فيها لا توفر خبرات تعليمية مناسبة، لتمكن التلاميذ من تنمية المهارات الضرورية لهذه المجالات الأكاديمية المهمة، حيث إنه حتى لو توفرت مهارات اتخاذ القرار، والدافعية لاتخاذ قرارات لصالح المجتمع، فإن النتائج التي يحققها التلميذ ستكون مقصورة إذا لم يكن يجيد القراءة. وبالمثل في برامج تدريب الوالدين حيث لا تتوفر لديهم موارد مالية، فهي تمكنهم من اكتساب معارف ومهارات مهمة، ولكن يتأثر مدى توظيفهم لها في تفاعلهم مع أطفالهم على ظروف النظم الأخرى في حياتهم، فإذا كانوا يعانون من ضغوط شديدة نتيجة لصعوبات مالية، أو لانشغالهم بكفاءة المدرسة أو ما توفره من سلامة، فقد لا يستطيعون توظيف المهارات الجديدة بالمستوى المطلوب لا في الكفاءة ولا في العمق. كما يقول معظم علماء نفس النمو من ذوى الخبرة: حين يكون "اليوم سيئًا" خارج المنزل، سوف تتأثر الممارسات الوالدية داخل المنزل، ولسوء الحظ أن "الأيام السيئة" بالنسبة للآباء ذوى الموارد المالية المحدودة، أو ظروف العمل السلبية، أو تحت ظروف الفقر، وغيرهم ممن يعانون من

ضغوط مزمنة تتكرر يومًا بعد يوم. هذه الظروف تقلل أو تحد من تحويل المهارات الوالدية المكتسبة إلى سلوك إيجابي. وهكذا نجد أن التحليل الأيكولوجي للنظم المتداخلة في حياة من نهدف إلى التأثير عليهم أمر حاسم لنضمن أن جهود التغيير شاملة، وأن البحث الذي نجريه عليها لا يؤدي بنا إلى نتائج غير صحيحة، أو أن عناصر التدخل ضرورية ولكن ليست كافية، ولا تؤدي إلى تنمية الصمود.

ثالثًا إن النموذج الشامل لفهم توافق الأطفال والشباب والصمود لديهم لابد أن يزودنا بتأثير المواقف التي لا يتعامل معها الأفراد مباشرة. وهذا التأثير له أهمية خاصة بالنسبة للأطفال والشباب حيث يتأثر التفاعل بينهم وبين آبائهم بما يمر به الآباء من خبرات في النظم التي يتعاملون معها، ولا يتعامل معها الأبناء، ولكنها تؤثر على تفاعل الآباء معهم (مثل مكان عمل الآباء، مركز الخدمات الاجتماعية، اتحادات المعلمين) وقد أشار (٢) إلى هذه النظم باعتبارها نظما خارجية[1] مثال، الطفل قد لا يكون له أي اتصال مباشر بالجيرة، ولا بالظروف التي نشأ فيها والداه أو أجداده، أو الأماكن التي يعمل بها والده، ولكن الصدمات التي يتلقاها الوالدان في هذا السياق (٢٣) والقيم التي تعلموها فيها (٤٦) أو ظروف مكان العمل، لابد أن تكون جزءًا من المؤثرات التي تسهم في التفاعل بين الطفل والوالدين، وبالنسبة لأطفال البيئات الفقيرة يرتفع الاحتمال أن من يقومون برعايتهم يواجهون ضغوطًا ومشكلات متزايدة في المواقف المختلفة التي تشكل حياتهم (ضغوط شديدة، وعدم استقرار في العمل، والبطالة، وظروف عمل شاقة) وهذه النظم السائدة في مواقف حياة الوالدين لابد أن تستهدف بصورة مباشرة بإدخال ظروف جديدة على مستوى النظام كله (إيجاد مراكز رعاية للأطفال في الموقع لتحسين فرص الآباء في العمل) تقلل من معاناة العمال من الضغوط وتزيد من رفاههم وتدعم موارد الأسر، وهكذا ترفع من الصمود لدى أطفال البيئات

(1) Exosystems.

الفقيرة دون إشراكهم بصورة مباشرة، والمتوقع أن ينتشر تأثير هذه التغييرات ليصل إلى التفاعلات داخل الأسرة وهو مستوى النظام الأصغر(١) لدى كل العمال في الموقف وهذا يزيد من احتمال اكتساب قوى مهمة والحد من اكتساب الاستهداف للخطر الذي قد يحدث نتيجة للأداء الوظيفي المشكل.

الخلاصة أن الربط بين المنظور الأيكولوجي والمنظور التفاعلي التبادلي ليكونا النموذج التفاعلي الأيكولوجي يوسع حيز التركيز ليشمل تأثير طرائق التفاعل بين الأفراد والمواقف بما بين المواقف من علاقات، وكذلك سياقات النظم الكبرى(٢) التي تقع فيها، ويساوى وزن أو قيمة فهم التفاعل الثنائي التبادلي، مع وزن تحليل تأثير المواقف المختلفة وما بينها من تفاعل والنظم الوسطى(٣)، والنظم الأكبر التي تؤثر بقوة على المسارات النمائية(٤).

هناك نتيجة طبيعية مهمة لخصائص النموذج التفاعلي التبادلي الأيكولوجي تجعله مفيداً بصفة خاصة في تقديم تعريف سياقي للصمود، حيث إن النموذج التفاعلي التبادلي الأيكولوجي يعطينا القدرة على رؤية تعريف الصمود باعتباره تعريفا لا يفهم إلا داخل سياق، فبعض السلوكيات وبعض النواتج التي نسعى للحد منها أو لتنميتها لا تتطلب افتراض وجود خلل أو نقص في الفرد أو المجتمع المستهدف، وهو عامل أساسي في المناحي التدخلية التي تركز على الاضطراب. يسمح إطار عمل التفاعل التبادلي الأيكولوجي أن نتصور كيف يمكن للاضطرابات التي نستهدفها أن تكون في الواقع حلول توافقية لظروف – في السياق – مضطربة أو على الأقل غير متسقة مع التوقعات والمطالب المجتمعية العريضة.

(1) Micro system.

(2) Macro systems.

(3 Mesoo system

(4) developmental path ways .

إن الفهم الجيد هنا يفيد أن القوى المكتسبة التي قد تمكن الطفل أن يكون صامداً في سياق يتصف بالخلل أو المشكلات مثال ، كأن تكون قيم الرفاق ومصادر المكافآت لديهم متعارضة مع متطلبات المجتمع الأكبر، سوف تبدو في سياقات مختلفة استهدافًا لخطر يؤدي إلى قصور الصمود. من منظور النموذج التفاعلي التبادلي الأيكولوجي يمكن رؤية كثير من الظروف التي نستهدفها ونهتم بها نتيجة لجهود مناسبة وتوافقية في سياقات مضطربة أو سياقات بديلة وفيما يلي تفسير لذلك:

ما قد يبدو باعتباره نتاجات منحرفة قد تكون هي ذاتها ما يصدر عن أي طفل سليم البناء في البيئة والنظم التي تحدد حياته.. فما قد يبدو أنه خلل أو اضطراب قد يفهم بصورة أفضل باعتباره نتاجا لمحاولات الطفل أن يتوافق بصورة ملائمة لسياقات وظروف تتطلب استجابة لا تتواءم مع سياقات أخرى. وهذا يعني أن ما قد يدرك على أنه مرض أو اضطراب قد يفهم بصورة أفضل على أنه محاولة من الطفل للتوافق المناسب لسياقات أو ظروف غير مناسبة أو مضطربة نمائيًا (١٦).

إن تطبيق هذه الرؤية لفهم الصمود أو تحديد تعريف له وفهم وتحديد جهود الأطفال للتواؤم مع البيئة الفقيرة، يثير تساؤلات أساسية لابد من طرحها، أولها: كيف حققت الأنماط والظروف التوافقية (السلوك، منظومة المعتقدات) التي نريد تعديلها التوافق للطفل عند تكونها؟ وهل هناك عوامل ترتبط بالفقر أو مترتباته في السياق الذي يعيش فيه الطفل تجعل أنماط التفاعل مع الأنماط التوافقية المشار إليها تحقق التوافق للطفل؟ هناك افتراض أساسي في هذا النموذج مؤداه أن أي نمط توافقي – مهما كان مشكلاً – ينشأ باعتباره محاولة للتوافق الإيجابي مع ظروف قائمة في ذلك الوقت. بناءً على هذا الافتراض فإن أي جهد لفهم أو تغيير أي مسار نمائي أو نتاج نمائي لا يمكن أن ينفذ دون الأخذ في الاعتبار الصورة الكاملة للسياق التاريخي والأسري والاقتصادي والاجتماعي والسياسي الذي يكسب خبرات الفرد معناها، وكما هو واضح بالنسبة للأطفال والشباب في البيئات الفقيرة ، وخاصة إذا صاحبه ظروف قهر إثنى أو عرقي فإن هذه الاعتبارات أساسية لفهم الصمود وتنميته. سوف يسمح لنا

هذا المنحى أن نرى أن كثيراً من السلوكيات التي كنا نعتبرها لا تعبر عن الصمود تعكس في الواقع مستوى عال من الصمود، حيث إنها تعبر عن محاولات ذكية وفعالة للتوصل لحلول توافقية في سياقات مضطربة.

مثال لذلك أننا نجد سياسات الضمان الاجتماعي تعاقب من يتلقون المساعدة من الأسر الفقيرة إذا ما حققوا دخلاً، أو مدخرات، أو سعوا لتحقيق المساواه (٣٧) مما جعل المنتفعين ممن يتلقون المساعدة أن يسلكوا بطريقة يراها المجتمع غير مناسبة (عدم الاحتفاظ بمدخرات، عدم السعي للحصول على عمل) الواقع أن المنتفعين كانوا يحلون مشكلاتهم بذكاء يحقق لهم التوافق في مواجهة متطلبات بيئة مخلة. لكي تتجنب الخلط الذي يؤدي إلى اعتبار مصدر هذه الصعوبات داخل الفرد، خاصة عند التعامل مع أفراد يعيشون في مجتمعات شديدة الفقر ومحرومة من فرص عمل جيدة، فقد يكون من الأفضل أن نشير إلى مثل هذه الأساليب الإيجابية التوافقية في السياقات أو البيئات المضطربة، وهي الأساليب التي لا تؤدي وظائفها مع تغير الزمان أو تغير المكان باعتبارها أمراض اجتماعية وليست أمراض نفسية[1]. هذه الرؤية تزيد تركيزنا وضوحاً على خصائص السياق التي تشوه بصورة منتظمة المسارات النمائية السوية والتي ينجم عنها ما يبدو أنه ناتج يتصف بالانحراف، وإن كان في الحقيقة يمكن فهمه باعتباره ناتجا إيجابيا يتسم بالصمود وجهد توافقي لسياق يعاني من الخلل الوظيفي وذلك إذا فهمنا من منطلق السياق الأيكولوجي النمائي.

خلق سياقات لتنمية الصمود النفسي:

كما يبدو واضحاً من مناقشتنا، فإن البرامج ذات القاعدة العريضة[2] على مستوى المجتمع هي أكثر البرامج الواعدة من حيث إنها تتناسب مع تحديات التعامل

(1) Socio pathology - Psycho pathology.

(2) Broad - based, population - level.

مع مستويات الحاجة وصور تحديات التوافق التي يواجهها الأطفال والشباب تحت ظروف الفقر، كما أن مثل هذه المناحي في تنمية الصمود سوف تتضمن في تصميم برامجها استراتيجيات ومكونات لها تأثير على السياقات التي ينمو فيها الأطفال والشباب تحت ظروف الفقر، حتى وإن لم يكن هناك اتصال مباشر بين الأطفال وبين هذه السياقات، وفي الواقع أن الفشل في الانتباه لتعديل هذه السياقات بحيث تنمي جوانب القوى بصورة طبيعية لدى الأطفال والشباب، وتساعدهم على تجنب الاستهداف للخطر سوف يؤدي إلى الحد من فاعلية أي جهود تركز بصورة مباشرة على بناء المهارات أو أي مناح إنمائية أخرى على المستوى الفردي.

إن أكثر هذه المبادرات كفاءة هي تلك التي تسعى إلى أن تفهم كيف يمكن بناء مقومات بيئة المدرسة أو المجتمع أو الرفاق أو الأسرة أو إعادة تنظيمها حتى تصبح أكثر ملائمة مع الحاجات والكفاءات النمائية للمجتمع الإنساني، وأكثر اتساقًا في المطالب والتوقعات النمائية عبر المواقف المتعددة التي يعيشها الأطفال في البيئات الفقيرة. مثل هذا المناخ يبني الصمود بطريقة شاملة ومؤثرة، ولكي نعكس توصيات المعهد الطبي بصورة أدق وأكمل، والتي تنص على "الهدف النهائي لتحقيق المستوى الأمثل من الوقاية يجب أن يكون في بناء مبادئ الوقاية داخل الأنشطة العادية في الحياة اليومية، وفي بناء المجتمع كي يرتقي بالنمو عبر الحياة كلها (٣٦).

لكي نصحح النظرة الضيقة للصمود وتنميته، وخاصة إذا كنا نتعامل على المستوى الوبائي للاضطراب وما يرتبط بالفقر من فشل، فإن ما يجب أن نعرفه هو أن الجهود الرسمية لابد أن تتضمن التركيز على تغييرات في السياسات والبرامج التعليمية والاجتماعية بحيث ترفع الموارد النمائية وتتناسب معها ، وتخفض من ظروف الخطر في كل السياقات الإنسانية المهمة. فتشمل عمليات الإصلاح في المدارس وإعادة بناء مواقع العمل من أجل زيادة مشاركة العمال وشعورهم بالرضا والإنتاجية، وجهود تطوير المجتمع وتنميته لتغيير نظام الفرص المتاحة ، وتحقيق السلامة والإحساس المجتمعي، والموارد المتاحة للأسر وبرامج دعم الأسرة بما في ذلك البرامج الاجتماعية والترويحية لتنمية الشباب (٤)، وهذا قليل من كثير من مجالات المبادرات التي تسعى

لتغيير إيكولوجي في حياة الأفراد والتي لم يكن يعترف بها في الماضي باعتبارها قلب الاستراتيجيات بما لها من إمكانات لتنمية الصمود.

هناك العديد من الجهود التي يمكن أن توجه للأطفال والأسرة والتي تتسق أيكولوجيا مع النظم والقواعد المنظمة لحياتهم بصورة أفضل من الجهود السابقة، إن الجهود الشاملة التي توجه لتغيير السياق داخل الأسر التي تعيش في ظروف الفقر في جيرة يسودها الحرمان الاقتصادي ، ليست فقط أفضل بل إنها ضرورية لأي جهد يوجه للأفراد حتى يحقق أهدافه. الآباء الذين يهتمون بأطفالهم لا يستطيعون الذهاب إلى عملهم ولن يذهبوا إلى عملهم أو يحصلوا على تعليم إضافي إذا كان هذا يعني ترك أطفالهم دون رعاية وإشراف مناسب من راشد في جيرة تمثل خطراً كبيراً. قد يبدو أن تقديم الرعاية للأطفال لا يرتبط بصورة مباشرة بتنمية الصمود النفسي، ولكن الواقع أنها ترتبط بتنمية الصمود بصورة مباشرة من خلال تأثيرها على الأطفال المشاركين ، وكذلك بصورة غير مباشرة من خلال التأثير العميق على حياة آباء الأطفال تحت ظروف الفقر. من المهم أن نفهم أن البرامج والسياسات الاجتماعية التي تتطلب من الآباء أن يذهبوا للعمل أو يسعوا للتدريب دون توفير رعاية مناسبة لأطفالهم، فإنها تطلب من الآباء إهمال أطفالهم و هو الأمر الذى يعاقب عليه القانون وهذه هى السياسات التي تؤدي لظهور مشكلات. إن ما قد يبدو سلوكًا غير وظيفي هو في الحقيقة سلوكًا توافقيًا عندما توضع القواعد المنظمة للسياق في الاعتبار. إن الطبيعة المتغيرة لما يعتبره المجتمع برامج ذات جودة في رعاية الأطفال أو للأنشطة بعد المدرسة أو البرامج التي توفر الإشراف على الأطفال والتنمية الاجتماعية والتربوية هي الأكثر قوة في برامج التدخل على مستوى الموقف[1] الذي يمكن أن يصعّد ليصل إلى كل الأسر تحت راية أو شعار تنمية الصمود وتحسين النواتج الإيجابية، هناك برامج أسرية إضافية كتلك التي تقدم للأسر من دون مأوى والأسر المحرومة اجتماعيًا وتعليميًا

(1) Setting - level in tervnetion.

سكنًا مستقرًا وخدمات طبية وإنسانية، وموارد غذائية وكلها تقع تحت راية تنمية

• الصمود النفسي.

تعليق ختامي:

قدمت في هذا الفصل ما أرى أنه إطار عمل يمكنه أن يوجه جهود الجيل القادم، لتحسين النواتج الحياتية للأطفال والشباب تحت ظروف الفقر، فإذا ما تقدمت هذه الجهود نحو الجيل التالي فسوف يظل التقدير لكل من أسهم في حركة التقدم ، ومن وقفنا على أكتافهم لنكون رؤيتنا الراهنة. وآمل أن يغير المنظور الذي تقدمت به في هذا الفصل في طريقة تفكيرنا في التطوير المستمر للمناحي، التي تسعى لضمان الخبرات والظروف النمائية لكل الأطفال بما يسمح لهم أن ينموا ويصبحوا رجالاً أقوياء، ولديهم الاختيارات والفرص التي تمكنهم من أن يعيشوا حياة تحقق لهم النجاح والرضا.

REFERENCES

1- Allen, L., & Mitchell, C. (1998). High-risk behaviors in patterns of problematic and adaptive development: An epidemiological perspective. In V. C. McLoyd & L. Steinberg (Eds.), *Studying minority adolescents: Conceptual, methodological, and theoretical issues* (pp. 29–54). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

2- Barker, R. G. (1968). *Ecological psychology: Concepts and mentods for studying the environment of human behavior.* Stanford, CA: Stanford University Press.

3- Bronfennbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

4- Carnegie Council on Adolescent Development (1989). *Turning Points: Preparing America's Youth for the 21st Century.* New York: Carnegie Corporation of New York.

5- Ciccetti, D., Rappaport, J., Sandler, I., & Wessberg, R. P. (2000). *The promotion of wellness in children and adolescents.* Washington, D.C.: Child Welfare League of America.

6- DuBois, D. L., Felner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., & Evans, E. G. (1992). A prospective study of life stress, social support, and adaptation in early adolescence. *Child Development, 63*, 542–547.

7- Featherman, D. L., Spenner, K. I., & Tsunematsu, N. (1988). Class and the socialization of children: Constancy, change, or irrelévance? In E. M. Hetherington, R. M. Lerner, & M. Permutter (Eds.), *Child development in life-span perspective* (pp. 67–90). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

8- Felner, R. D. (Invited Address) (1992). *An Ecological Analysis for Enhancing the Developmental Outcomes of Children in Poverty.* Fifth Annual Conference on Stress and Coping In Childhood and Adolescence, American Psychological Association (Committee on Children and Youth) and the University of Miami, Miami, Fl.

9- Felner, R. D. (2000). Educational Reform as Ecologically-Based Prevention and Promotion: The Project on High Performance Learning Communities. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. P. Weissberg (Eds.), *The Promotion of Wellness in Children and Adolescents* (pp. 271–307). Washington, DC: CWLA Press.

10- Felner, R. D., Aber, M. S., Primavera, J., & Cauce, A. M. (1985). Adaptation and vulnerability in high risk adolescents: An examination of environmental mediators. *American Journal of Community Psychology, 13*(4), 365–379.

11- Felner, R. D., & Adan, A. M. (1988). The school transitional environment project: An ecological intervention and evaluation. In R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 111–122). Washington, D.C.: American Psychological Association.

12- Felner, R. D., Brand, S., DuBois, D. L., Adan, A. M., Mulhall, P. F., & Evans, E. G. (1995). Socioeconomic disadvantaged, proximal environmental experience, and socioemotional and academic adjustment in early adolescence: Investigation of a mediated effects model. *Child Development, 66*, 774–792.

13- Felner, R. D., Farber, S. S., & Primavera, J. (1980). Children of divorce, stressful life events and transitions: A framework for preventive efforts. In R. H. Price, R. F. Ketterer, B. C. Bader, & J. Monahan (Eds.), *Prevention in mental health: Research, policy and practice* (pp. 81–108). Beverly Hills, CA: Sage.

14- Felner, R. D., Farber, S. S., & Primavera, J. (1983). Transitions and stressful life events: A model for primary prevention In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and prevention* (pp. 191–215). New York: Pergamon.

15- Felner, R. D., Favazza, A., Shim, M., Brand, S., Gu, K., & Noonan, N. (2001). Whole School Improvement and Restructuring as Prevention and Promotion: Lessons from Project STEP to the Project on High Performance Learning Communities. *Journal of School Psychology, 39*(2), 177–202.

16- Felner, R. D., & Felner, T. Y. (1989). Prevention programs in the educational context: A transactional-ecological framework for program models (pp. 13–49). In L. Bond & B. Compas (Eds.), *Primary prevention in the schools.* Beverly Hills, CA: Sage Publications.

17-Felner, R. D., Ginter, M. A., & Primavera, J. (1982). Primary prevention during school transitions: Social support and environmental structure. *American Journal of Community Psychology, 10*, 277–290.

18-Felner, R. D., Jackson, A., Kasak, D., Mullhall, P., Brand, S., & Flowers, N. (1997). The impact of school reform for the middle years: A longitudinal study of a network engaged in Turning Points-based comprehensive school transformation. In R. Takanishi & D. A. Hamburg (Eds.), *Preparing adolescents for the twenty-first century: Challenges facing Europe and the United States*. New York: Cambridge University Press.

19-Felner, R. D., Jackson, A. W., Kasak, D., Mulhall, P., Brand, S., & Flowers, N. (1997). The impact of middle school reform for the middle years: Longitudinal study of a network engaged in *Turning Points-based* comprehensive school transformation. *Phi Delta Kappan, 78*(7), 528–532 and 551–556.

20-Felner, R. D., Silverman, M. M., & Adix, R. S. (1991). Prevention of substance abuse and related disorders in childhood and adolescence: A developmentally-based, comprehensive ecological approach. *Family and Community Health: The Journal of Health Promotion and Maintenance, 14*(3) 1–11.

21-Felner, R. D., Silverman, M., & Adan, A. M. (1992). Risk assessment and prevention of youth suicide in educational contexts: A Transactional-ecological perspective. In A. Maris, A. Berman, J. Maltsberger, & R. Yufit (Eds.), *Assessment and Prediction of Suicide* (pp. 420–447). New York: Guilford Press.

22-Felner, R. D., Silverman, M. M., & Felner, T. Y. (2000). Primary prevention: Conceptual and methodological issues in the development of a science of prevention in mental health and social intervention. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 9–42). New York: Kluwer Academic/Plenum.

23-Garbarino, J. (1990). The human ecology of early risk. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *The handbook of early intervention*. New York: Cambridge University Press.

24-Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping and development in children* (pp. 43–84). New York: McGraw-Hill.

25-Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*(1), 64–105.

26-Hinshaw, S. P., & Lee, S. S. (2003). Conduct and oppositional defiant disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (2nd ed) (pp. 144–198). New York: Guilford Publishing.

27-Hollingshead, A. A. (1975). *Four-Factor Index of Social Status*. Unpublished manuscript, Yale University, New Haven, CT.

28-Jencks, C., & Perterson, P. E. (1991). *The urban underclass*. Washington, D.C.: The Brookings Institution.

29-Kozol, J. (1991). *Savage inequalities: Children in America's schools*. New York: Crown.

30-Lamb, M. (1992). Developmental issues in addressing poverty. Fifth Annual Conference on Stress and Coping In Childhood and Adolescence. American Psychological Association (Committee on Children and Youth) and the University of Miami, Fl.

31-Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. Harper: New York.

32-Lorion, R. P., Price, R. H., & Eaton, W. W. (1989). The prevention of child and adolescent disorders: From theory to research. In D. Schaffer, I. Phillips, N. B. Enzer, M. M. Silverman, & V. Anthony (Eds.), *Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents: OSAP Prevention Monograph-2* (pp. 55–96). Washington, D.C.: DHHS Publications No. (ADM) 89-1646.

33-Mash, E. J., & Dozois, D. J. A. (2003). Child psychopathology: A developmental systems prespective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed) (pp. 3–71). New York: Guilford Publishing.

34-McLoyd, V. C. (1990). The impact of economic hardship on black families and children: Psychological distress, parenting, and socioemotional development. *Child Development, 61*, 311–346.

35-McLoyd, V. C. (1998). Changing demographics in the American Population: Implications for research on minority children and adolescents. In V. C. McLoyd & L. Steinberg (Eds.), *Studying minority adolescents: Conceptual, methodological, and theoretical issues* (pp. 3–28). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.

36-Mrazek, P. J., & Haggarty, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington D.C.: National Academy Press.

37-Moynihan, D. P. (1986). *Family and nation*. Orlando, Fl.: Harcourt Brace Jovanovich.

38- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*. 405–422.

39- Proctor, B. D., & Dalaker, J. (2003). U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60–222. *Poverty in the United States: 2002. Washington, D.C.,* U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.

40- Rowlison, R. T., & Felner, R. D. (1988). Major life events, hassles and adaptation in adolescence: Confounding in the conceptualization and measurement of life stress and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 432–444.

(Eds.). *Primary prevention of psychopathology* (Vol. 3, pp. 49–74). Hanover, NH: University Press of New England.

41- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegal (Eds.). *Review of child development research*, Vol. 4. Chicago: University of Chicago Press.

42- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1989). Conceptual issues in prevention. In D. Schaffer, I. Phillips, N. B. Enzer, M. M. Silverman, & V. Anthony (Eds.). *Prevention of mental disorders alcohol and drug use in children and adolescents: OSAP Prevention other Monograph-2* (pp. 23–54). DHHS Publication No. (ADM) 89-1646. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

43- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). I.Q. scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors, *Pediatrics*.

44- Sarason, S. B. (1982). *The culture of the school and the problem of change* (2nd ed). Boston: Allyn & Bacon.

45- Sarason, S. B., & Doris, J. (1979). *Educational handicap, public policy, and social history: A broadened perspective on mental retardation*. New York: Free Press.

46- Schorr, L. B. (1988). *Within our reach: Breaking the cycle of disadvantage*. New York: Doubleday.

47- Seidman, E. (1987). Toward a framework for primary prevention research. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders: A research perspective* (pp. 2–19). DHHS Pub. No. (ADM)87-1492. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

48- Seidman, E. (1990). Pursuing the meaning and utility of social regularities for community psychology. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok, & L. Jason (Eds.), *Researching community psychology: Issues of theory and methods* (pp. 91–100). Washington, D. C.: American Psychological Association.

49- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 17–29.

50- Wilson, W. J. (1987). *The truly disadvantaged: The inner-city, the underclass, and public policy*. Chicago: The University of Chicago Press.

51- Wilson, W. J. (1996). *When work disappears: The world of the new urban poor.* New York: Alfred A. Knopf.

52- W.T. Grant Foundation. (1988). *The forgotten half: Non-college youth in America*. New York: Author.

الفصل العاشر

العنف الأسري والمرض النفسي لدى الآباء

ومترتباته على نمو الأطفال الاجتماعي الوجداني و على الصمود النفسي

سارة ر.چافي

يشير العنف الوالدي إلى سوء معاملة الأطفال والعنف نحو شريك الحياة، وهي مشكلة واسعة الانتشار في المجتمع الأمريكي. ففي إحصائية عام ٢٠٠٢ (٨٤) كان عدد الأطفال من ضحايا سوء المعاملة ٨٩٦,٠٠٠ سواء كانت سوء المعاملة جسمية أو جنسية أو نفسية أو كانت إهمال، وفي دراسة مسحية حديثة، وجد أن ١,٥ مليون سيدة، و٨٣٤,٧٠٠ رجل كانوا ضحايا العنف من ذوى العلاقات الحميمة، (٨١) وكثير من هؤلاء يعيشون مع أطفال في الثانية عشر. في تقرير صادر عن إحصائيات مكتب العدل[1] وجد أن متوسط عدد الضحايا من بين ذوى العلاقات الحميمية الذين يعيشون مع أطفال دون سن ١٢ سنة كان ٤٥٩,٥٩٠(٧١) وعادة ما تجتمع سوء معاملة الأطفال مع العنف بين ذوى العلاقات الحميمة في الأسر. (٣٣) تشير الإحصائيات إلى أن ما بين ٦-١١٪ من الأطفال الذين يعيشون في أسر يسودها العنف يكونون في خطر سوء المعاملة الجسمية (٤). بناء على مراجعة بيانات من هيئات مجتمعية وعينات كلينيكية، تبين أنه ما بين ٣٠ - ٦٠٪ ممن يتعرضون لأحد أشكال العنف الأسري (سوء معاملة الأطفال أو سوء المعاملة بين الأزواج)، كانوا يتعرضون للشكل الثاني من العنف الأسري (٣٣).

(1) Us Bureau of Justice statistics.

الأطفال الذين يتعرضون لعنف بين الوالدين أو من في منزلتهم والأطفال الذين تساء معاملتهم كلاهما في خطر التعرض لنواتج سلبية متعددة سواء في الطفولة أو المراهقة، بما فيها مشكلات المسلك والقلق والاكتئاب وخلل الوظائف المعرفية وضعف التحصيل المدرسي وانخفاض تقدير الذات ومشكلات في العلاقة بالأقران. (٦١) وهكذا تشكل سوء معاملة الأطفال والعنف بين ذوى العلاقات الحميمة (الأزواج) مشكلات صحية خطيرة بسبب انتشارها ومعدل حدوثها، وبسبب النتائج السلبية للآباء والأطفال في الأسر التي يسودها العنف.

يبذل الباحثون من مجالات متعددة الجهد من أجل فهم أسباب العنف الأسري، وقد وضعوا عدداً من النماذج والمتغيرات التي قد تفسر الظاهرة (١١) (١٩). مثال: تؤكد النماذج السيكاترية التي تتناول العنف الأسري على أن تاريخ تنشئة الفرد وخصائصه النفسية مثل (ضعف مقاومة الاندفاع، مشكلات التعاطي، الاكتئاب، اضطرابات الشخصية) يلعب دوراً كبيراً في زيادة تعرض الأطفال للخطر (٥٢) (٧٧) أو سوء معاملة الشريك. (٣٢) وتؤكد النماذج الاجتماعية للعنف الأسري على دور الضغوط الاجتماعية (البطالة - الفقر) والقيم والاتجاهات المجتمعية حول العنف وما يترتب عليه من قصور في قيام الأسر بوظائفها، وما يترتب على ذلك من سوء معاملة الأطفال أو شريك الحياة (٣٧) (٧٩) (٨٢). وأخيراً فإن "نموذج تأثير الطفل"[1] يوضح مدى تأثير سلوك الأطفال الذين يصعب التعامل معهم (كالأطفال المبتسرين. وذوى المزاج الصعب) في استثارة أسلوب تربية يتسم بالقسوة وسوء المعاملة من الآباء (٥٠) أو استثارة الخلافات بين الوالدين في كيفية التعامل معهم مما يؤدي إلى العنف بينهما (٧٨).

لقد افترض (٨) (١٠) منطلقاً من النظرية النمائية الأيكولوجية[2] أن سوء المعاملة باعتبارها نتيجة للتفاعل بين سياقات مختلفة تتسم بسوء المعاملة. ورغم أن هذا النموذج

(1) Child effects model.

(2) Developmental - ecological frame work.

النمائي الأيكولوجي صمم لتفسير سوء معاملة الأطفال، فإنه يمكن تعميمه لتفسير صور أخرى من العنف الأسري كالعنف بين الزوجين، ومن منظور النموذج النمائي الأيكولوجي فإن العوامل التي تؤثر فيما إذا كان شخص ما سوف يتسم بسوء المعاملة سواء في معاملته لطفله أو لقرينه تعمل (العوامل) داخل وعبر مستويات أيكولوجية مختلفة تبدأ من أقرب[1] هذه المستويات للفرد إلى أبعدها[2] عنه. حيث تبدأ بالمستوى الشخصي (الشخصية أو المرض العقلي) وأدق مستوى النظم وأصغرها[3] أو أقرب النظم مثل عوامل على مستوى الأسرة كالفقر، وغياب أحد الوالدين، والبطالة ، ثم مستوى المستوى الخارجي[4]، (٨) مثل (مستوى العنف في المجتمع، معدل البطالة في المجتمع، التماسك المجتمعي) ثم المستوى الأكبر[5] وهو الأعم مثل (اتجاه الثقافة نحو العنف، السياسة في التعامل مع العنف الأسري). يؤكد النموذج النمائي الأيكولوجي حقيقة مؤداها أن العنف الأسري تحدده مجموعة من الأسباب، وفي كل الأحوال لا توجد له أسباب كافية ولا ضرورية تحتم وقوعه (١٠) . وهكذا ورغم أن هذا الفصل يركز على الارتباط بين المرض العقلي لدى الآباء والعنف الأسري دون انحياز للنموذج السيكاتري، وإنما نفترض كما سوف يبدو من عرض أدبيات الموضوع أن العنف الأسري له أسباب متعددة وأن درجة إسهام المرض العقلي في حدوث العنف تعتمد على التوازن الذي يتحقق في الأسرة نتيجة لإمكاناتها ونتيجة لوجود عوامل تعويضية[6] يمكن أن تتغير عبر الزمن (٢٢). من الواضح أنه ليس كل الآباء ذوى التاريخ المرضي يتورطون في العنف الأسري، وليس كل المتورطين في العنف الأسري لديهم تاريخ مرضي أو يعانون من الاضطراب العقلي، لكن يرجع اهتمامنا بالمرض

(1) proximal.

(2) Distal.

(3) Micro system.

(4) Exosystem.

(5) Macro system.

(6) Conpan satory factors.

النفسي لدى الآباء لأهمية شخصية الآباء في التأثير على الأطفال من خلال قيامهم بدورهم آباء. فشخصية الأم/ الأب هي التي تربط بين تاريخهما النمائي (الرعاية التي تلقوها في طفولتهم) وبين قيامهم بأدوارهم آباء، كما تؤثر الشخصية في عوامل بيئية كثيرة (جودة الحياة الزوجية، الرضا عن العمل، الاستقرار) وكلها عوامل تزيد أو تحد من مخاطر التعرض للعنف الأسري (٩).

الهدف من هذا الفصل هو عرض أدبيات البحث عن الارتباط بين إصابة أحد الوالدين أو كلاهما بمرض عقلي وبين شكلين من أشكال العنف الأسري: العنف الموجه ضد الشريك (القرين) والعنف الموجه ضد الأطفال أو سوء معاملة الأطفال، على الرغم من أن سوء معاملة الأطفال تتضمن الإساءة البدنية أو النفسية أو الجنسية، كما تتضمن الإهمال، فإن معظم الدراسات التي سوف نعرضها فيما يلي تتناول العنف البدني.

مما يدعم دراسات العنف الأسري والمرض النفسي لدى الوالدين تنامي الاهتمام باستخدام البيانات القومية المتاحة (أ) تقدير قوة الارتباط بين العنف الأسري والمرض النفسي لدى الوالدين بين عينات من المجتمع العام (غير مرضية) (ب) مقارنة حجم هذا الارتباط بتقديرات مستمدة من عينات مرضية يرتبط فيها العنف الأسري وإصابة أحد الوالدين أو كلاهما بمرض عقلي بعدد من عوامل الخطر النفسية الاجتماعية. إلى جانب ذلك فإن الدراسات الطولية لعينات قومية قد تناولت التساؤلات الخاصة بالارتباط المؤقت بين المرض العقلي والعنف الأسري. وقد سمحت طبيعة هذا الارتباط المؤقت للباحثين باستكشاف ما إذا كان المرض العقلي لدى أحد الآباء أو كلاهما عامل خطر يهيئ للعنف الأسري، أم أنه ناجم عن خبرات التعرض للعنف داخل الأسرة.

سوف نتناول في هذا الفصل الدلائل على الارتباط بين المرض العقلي والعنف الأسري ثم تتناول الشواهد التي تفسر الارتباط بين المرض العقلي والعنف الأسري. وأخيراً نناقش حسن حال الأطفال الذين ينشأون في أسر يتعرضون فيها للعنف الأسري والمرض العقلي لأحد الوالدين أو كلاهما على الرغم من مخاطر سوء التوافق التي ترتبط بالعنف الأسري والمرض العقلي للآباء ، كثير من الأطفال الذين تعرضوا لهذه

الصعاب في أسرهم يبدون صامدين نفسيًا على مدى الزمن وفي المجالات المختلفة، وسوف نعرض لمدى الارتباط بين إصابة الآباء بمرض عقلي والعنف الأسري وضعف فرصة الأطفال أن يكونوا صامدين نفسيًا.

المرض العقلي لدى الآباء والعنف ضد شريك الحياة (القرين):

لقد تبين الارتباط بين المرض العقلي والعنف ضد شريك الحياة من الدراسات التي أجريت على عينات من المجتمع أو عينات من العيادات. وتشير عينات العيادات إلى الأفراد الذين تم اختيارهم، لأنهم متورطون في العنف فعلاً (وهم عادة من الرجال، وفي الأغلب ملتحقين ببرامج علاجية) أو أنهم من ضحايا العنف الأسري (وهم عادة من النساء، وملتحقات بمؤسسات إيوائية) وفي تقرير استخدم التحليل الفوقي[1] (تحليل إحصائي لنتائج عدد من الدراسات) للارتباط بين العنف ضد شريك الحياة ومشكلات المرض العقلي (٣٩)، جاء فيه أن زيادة ضحايا العنف بين النساء ارتبطت بزيادة نسبة الانتحار، واضطراب وكرب ما بعد الصدمة، والتعاطي لدى أفراد عينات إكلينيكية، ومؤسسات إيوائية لضحايا العنف، وغرف الطوارئ في المستشفيات) ويرى أن هذا التحليل يدعم نموذجا يفترض أن ضحايا العنف بين النساء معرضون للاضطراب العقلي، ولم يتعرض التحليل لاحتمال أن تكون الضحية لها تاريخ مرضي سابق أدى إلى زيادة احتمال الدخول في علاقة غير سوية (سوء معاملة - بين الزوجين).

تظهر اضطرابات الشخصية في ٩٠٪ من الرجال الملحقين ببرامج علاجية للعنف الأسري (٢٣)، ويعتبر تصعيداً لاضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع أو العدوانية السلبية منبآن بالعنف نحو المقربين (٣١)، وعلى أي حال فإن الارتباط بين المرض النفسي والعنف ضد شريك الحياة يخفي كثيراً من التباين أو الاختلافات الفردية بين

(1) Meta analysis.

جماعات تمارس العنف (٤٥) (٢٩). وقد اقترح (٤٥) تقسيم العنف إلى ثلاث أنماط نمط أسري فقط، نمط بيني، نمط عام يوجه العنف فيه ضد المجتمع، وقد تم هذا التصنيف على أساس ثلاثة أبعاد، شدة وتكرار العنف بين الزوجين، ودرجة تعميم العنف (على الأسرة، يتجاوز الأسرة)، ووجود اضطرابات في الشخصية واضطرابات نفسية مرضية. في دراسة عن أنماط العنف وجد (٤٣) إن ١٦٪ من ضحايا العنف في الصين التي أجروا عليها الدراسة كانت تصنف في العنف ضد المجتمع بشكل عام ويتميز الذكور في هذه العينة بمستويات متقدمة من المرض والتعاطي والانغماس في الجريمة، و١٥٪ من أفراد العينة تصنف في الفئة البينية[1] ويتصفون بشخصية بينية ودرجات مرتفعة على الدليل الإحصائي التشخيصي (٢) على الاكتئاب الشديد، والقلق واضطراب كرب ما بعد الصدمة وأعراض لاضطراب التفكير، ويختلف أفراد الفئتين: العنف العام والعنف البيني على هذه المتغيرات اختلافًا دالاً عن أفراد العينة الضابطة ممن لا يمارسون العنف، ولكن أكثر من ثلث عينة من يمارسون العنف (٣٦٪) ينحصر العنف لديهم داخل الأسرة ولا يمكن تمييزهم عن المجموعة الضابطة التي لا تمارس العنف فيما يتعلق بالسلوك الإجرامي والمرض العقلي.

اتساقًا مع الرأي الخاص بأن المرض النفسي يميز قطاعًا جزئيا فقط من مرتكبي العنف(٣٨) ما تشير إليه نتائج دراسة تحليلية للخلل النفسي والاجتماعي بين الذكور من مرتكبي العنف ، وحددت نتيجة الدراسة نمطين يمكن تصنيف مجموعة البحث على أساسها مجموعة تتصف بتكرار تعاطي الكحوليات واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع وانخفاض الذكاء والسلوك الإجرامي، والمجموعة الأخرى تتصف بخلل محدود في الوظائف النفسية والاجتماعية.

بعد تناولنا للدراسات التي أجريت على عينات إكلينيكية تتناول الدراسات التي أجريت على عينات من المجتمع، وهم أفراد لم يتم اختيارهم بشكل خاص ويطلب منهم

(1) Borderline - dysphonic group.

أن يذكروا إذا كانوا ضحية لعنف من شريك الحياة أم لا. أفادت دراسة وبائية على عينة كبيرة من شباب الراشدين (٢٥). إن أكثر من نصف الإناث ضحايا عنف شريك الحياة وكانوا يعانون من اضطرابات تبعًا للدليل الإحصائي التشخيصي وأن ثلثي من تعرضوا لعنف شديد (ضرب أو تهديد بسلاح أو خنق...) كانوا يعانون من واحد على الأقل من الأعراض التالية: اضطراب المزاج، أو اضطرابات الأكل، أو التعاطي، أو اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، أو أعراض فصامية وكان أكثر من نصف الذكور ممن يمارسون عنفًا على شريك الحياة كان لديهم أحد صور الاضطراب. بمعنى أن كل من مارس عنفًا شديدًا على شريك الحياة كان يعاني من واحد أو أكثر من الاضطرابات ومنها القلق واضطرابات المزاج، والتعاطي واضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع والأعراض الفصامية.

ويمكن أن نفسر البحوث التي تناولت دراسة الارتباط بين عنف شريك الحياة والمرض العقلي بطرائق ثلاث على الأقل: (١) إن المرض العقلي يتسبب في أن يصبح الفرد ضحية لعنف شريكه (٢) إن خبرة الإساءة البدنية من شريك الحياة تزيد من خطورة الاضطراب العقلي (٣) إن الارتباط بين الاضطراب العقلي وعنف شريك الحياة ارتباط غير حقيقي ويمكن تفسيره بمجموعة ثالثة من المتغيرات (كانخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي). مع توفر البيانات من الدراسات الطولية عن العلاقة بين عنف شريك الحياة والمرض العقلي بدأ الباحثون يتعمقون في فهم طبيعة هذه العلاقة المؤقتة لكي يجيبوا عن تساؤلات حول ما إذا كانت الرابطة بين المرض العقلي وعنف الشريك تعكس انتقاء اجتماعيًا (الأفراد ذوى التاريخ المرضي ترتفع لديهم مخاطر الدخول في علاقة تتسم بالعنف) سببية اجتماعية (إن عنف شريك الحياة يؤدي إلى الإصابة بالمرض العقلي) أم أن الارتباط غير صادق ولا يعبر عن علاقة حقيقية.

لقد وجد في عدد من الدراسات المسحية القومية أن معظم من مارس العنف على شريك الحياة كان ضحية للعنف (٥٩) وهكذا يمكن لمشكلات المرض العقلي أن تتنبأ بممارسة العنف ضد شريك الحياة، لأن من يمارسون العنف كانوا ضحايا لعنف في

الماضي نتجت عنه مشكلات الصحة العقلية. باستخدام البيانات من المسح القومي للأسرة[1] وجد أن الأعراض الاكتئابية (٣) ترفع احتمال ممارسة العنف ضد شريك الحياة، حتى مع ضبط عدد كبير من المتغيرات الديمجرافية، وضبط عامل التعرض لعنف سابق. وهكذا نجد أن من يعانون من أعراض اكتئابية يزداد احتمال ممارستهم للعنف، وقد يفسر الاكتئاب أيضًا سابق تعرضهم للعنف، على عكس ذلك وجد الباحثون ارتباطًا غير صادق بين مشكلات التعاطي وممارسة العنف، حيث إن ارتباط تعاطي الكحوليات أو المخدرات بممارسة العنف يرجع إلى أن كليهما ينشأ من التعرض للعنف في تاريخ سابق. قد تكون النتائج ذات خصوصية ترتبط بالجنس ذكر/ أنثى، فمثلاً تبين أن الإناث ضحايا العنف كانوا أكثر معاناة من الأعراض الاكتئابية ومشكلات التعاطي (٣) من الذكور، كما أن ضحايا العنف الشديد من الإناث كانوا يعانون من مستويات عالية من القلق ولا ينطبق هذا على الذكور (٥٩).

في دراسة طولية (٧٤)، عن الارتباط بين العوامل الشخصية ونوعية العلاقة والصراع وسوء المعاملة. رغم عدم استخدام مقاييس خاصة بالمرض العقلي، فإنه كان هناك بعض متغيرات الشخصية وراء اضطراب المحور ١، ١١، حيث إن الوجدان السلبي (وتشير إليه عتبة منخفضة لخبرات المشاعر السلبية مثل الخوف القلق والغضب كانت وراء القلق والاكتئاب، على حين أن الوجدانية السلبية إذا ما صاحبها مستوى منخفض من القيود إذا أضيف إليه قصور في الالتزام (ويشير إليه سلوك غير مقيد وغير حذر، والسعي للإثارة، وتجاوز المعايير الاجتماعية) يفترض أنه وراء السلوك المضاد للمجتمع (٥٦) (٨٦). وقد وجد أن (٧٤) الأفراد المعرضين للوجدان السلبي في المراهقة يمرون بخبرات تتسم بالإساءة في علاقاتهم عند سن العشرينيات. ويصدق هذا بصرف النظر عما إذا استمر هؤلاء الأفراد مع نفس الشريك أم مع شريك آخر خلال هذه المدة. تشير هذه النتيجة إلى أن الديناميات الخاصة بالعلاقات[2]

(1) National survey of Families and Households.

(2) Relationship - specific dynamics.

مظهر لفروق ثابتة في الشخصية تعيد خلق ديناميات الصراع وديناميات سوء المعاملة في كل علاقة جديدة.

باختصار، أشارت نتائج العينات في الدراسات الكلينيكية والمجتمعية إلى ارتباط بين العنف ضد شريك الحياة والاضطرابات العقلية، على الرغم من أن عددا لا يستهان به من المتورطين في العنف ضد شريك الحياة ليسوا من ذوى الاضطرابات العقلية (٤٣)، وجدت الدراسات التي تناولت الارتباط المؤقت بين ممارسة العنف والتعرض للعنف والاضطراب العقلي. إن بعض أشكال الاضطراب تزيد من مخاطر ممارسة للعنف بصرف النظر عن تاريخ الفرد للتعرض للعنف، في حين أن أشكال أخرى من الاضطراب تبدو أنها مرتبطة بالعنف لأن كليهما ناشئ من تاريخ تعرض للعنف. هناك حاجة لمزيد من الدراسات الطولية لاستكشاف التساؤلات (أ) هل ينشأ المرض النفسي من معايشة عنف شريك الحياة، (ب) هل العنف ضد شريك الحياة مظهر يستثير مرض نفسي كامن، (ج) هل العنف ضد شريك الحياة مظهر يشير لفروق فردية ثابتة تدل على تاريخ مرضي نفسي شخصي. وأخيراً فإن عدد البحوث التي تناولت ما إذا كان هناك متغيرات ثالثة كالفقر الأسرة ذات الأم/ الأب فقط والبطالة وكلها تقع في فئة متغيرات ثالثة ليست مرضاً عقلياً وليست عنفاً، فهل تفسر الارتباط بين المرض العقلي وممارسة العنف، وبالتبادل قد يوجد الارتباط بين العنف والمرض العقلي عند وجود هذه العوامل الخاصة بالفئة الثالثة.

المرض العقلي لدى الآباء وسوء معاملة الأبناء.

كما حدث في الدراسات بشأن الاضطرابات العقلية والعنف ضد شريك الحياة جمع الباحثون الذين تناولوا الارتباط بين الاضطراب العقلي، وسوء معاملة الأطفال بيانات من عينات كلينيكية وعينات من الجمهور العام.

العينات الكلينيكية:

تشير سجلات الرفاه الاجتماعي إلى أن سوء استخدام المواد المخدرة يمثل إحدى مشكلتين أساسيتين لدى الأسر في ٨١٪ من الحالات (٥١)، ٤٠٪ من بين الحالات التي يتأكد فيها سوء معاملة الأطفال يستخدم فيها الآباء الكحوليات أو غيرها من المواد المخدرة. (٢٠) وقدم الباحثون والاختصاصيون الاجتماعيون خدمات حماية الأطفال في الثمانينيات وبداية التسعينيات، نظراً إلى تزايد استخدام أنواع معينة من المخدرات (٢٤). يعاني أطفال المتعاطين أكثر من غيرهم من خطر الإهمال، فهم أكثر معاناة من الإصابات الجسمية أو التسمم مقارنة بغيرهم من الأطفال في المجتمع العام (١٣).

يمكن للتعاطي أن يؤثر في مجرى سوء معاملة الطفل وما ينتهي إليه من نتائج. في دراسة مقارنة بين آباء يتعاطون وآباء لا يتعاطون وجميعهم ممن يسيئون معاملة أطفالهم وتنظر قضاياهم في المحاكم وجد أن الآباء الذين ثبت تعاطيهم (٦٦) (لهم تاريخ في التعاطي) كانوا ممن يعودون لإيذاء أطفالهم ولهم تاريخ طويل في الإيذاء وبالتالي في المثول أمام محاكم حماية الأطفال. وكان تقرير الخبراء أنهم يمثلون مصدر خطورة على أطفالهم من حيث تكرار الاستمرار في الإيذاء، وكانوا يفقدون الولاية على أطفالهم بنسبة ٨٠٪ مقابل ٥٨٪ من غير المتعاطين . وكانوا أكثر رفضاً للخدمات التي تقرها المحكمة بنسبة ٧١٪ مقابل ٣٩٪ من غير المتعاطين. وظلت هذه الفروق بين الأسر التي يتعاطى الآباء فيها والأسر التي لا يتعاطى الآباء فيها حتى بعد ضبط عامل المستوى الاجتماعي الاقتصادي كما يدل عليه تلقي إعانة اجتماعية، وهكذا فإن الأسر التي يجتمع فيها التعاطي مع سوء المعاملة، تستمر فيها سوء المعاملة ويقاوم فيها الآباء العلاج ويكون الأرجح أن يوضع أطفالها في مؤسسات للرعاية.

رغم أن هذه الدراسات أشارت لوجود معدلات مرتفعة من الاضطراب العقلي بين الآباء الذين يسيئون معاملة أطفالهم، فإنها لم توضح ما إذا كان الارتفاع يصل للدلالة مقارنة بعينة ضابطة على أساس العوامل الاجتماعية والديموجرافية. في دراسة ٥٣ أسرة تتلقى خدمات لحماية الطفل أشارت النتائج (٢٦)

إلى وجود تشخيص مرضي كما يشير إليه الدليل التشخيصي الإحصائي الصورة الرابعة للقلق واضطراب المزاج وتعاطي الكحوليات والمخدرات، وكان أعلى لدى الأمهات اللاتي يسئن معاملة أطفالهم مقارنة بعينة ضابطة من الأمهات تسيء لأطفالهن، وفي نفس المكانة الاجتماعية الديمجرافية ولكنها لا تتعاطى. الأمهات المسيئات لأطفالهن كان يشيع بينهن إساءة لأفراد الأسرة وأعضاء المجتمع الراشدين، وإن كان لا يوجد فرق بين المجموعتين في مرات إلقاء القبض الجنائي عليهم.

في دراسة للمقارنة (٣٥) (٣٦) بين ٥٠ من الآباء المقدمين للمحاكمة للإساءة لأطفالهم ، بعدد ٣٨ من الآباء لأطفال مرضى مقيمين في مستشفى، بعد أن تمت المزاوجة على أساس السن والدخل والعرق والحالة الاجتماعية، كان الآباء المسيئون لأطفالهم أعلى في تعاطي الكحوليات من المجموعة الضابطة، حيث كانت النسبة ٣٨٪ مقابل ٨٪، وكذلك في الاكتئاب حيث كانت النسبة ٢٨٪ مقابل ٨٪.

ورد في الدراسات الإكلينكية التي عرضناها معدلات الاضطرابات العقلية بين عينات من الآباء تتلقى خدمات حماية الطفل. وهناك منحى أخر لدراسة الرابطة بين الاضطراب العقلي وسوء معاملة الأطفال، وهو تقدير نسبة الآباء الذين يسيئون معاملة أطفالهم من بين من يتلقون خدمات في العلاج العقلي. وهناك دراستان على الأقل رصدت معدلات مرتفعة من الإساءة البدنية والإهمال بين الأمهات المتعاطيات مقارنة بعينة ضابطة من نفس المستوى الاجتماعي الديموجرافي (٥٢) (٨٥)، وقد أوضح (٥٢) أن حوالي ٦٠٪ من الأطفال المعرضين للمخدرات في العينة تعرضوا لسوء معاملة وإهمال فيما بعد مقارنة ٨٪ من العينة الضابطة. في سن ١١ شهرًا كان جميع أطفال العينة الضابطة يعيشون مع أسرهم البيولوجية مقابل نصف الأطفال المعرضين للمخدرات، حيث الحق ٤٢٪ منهم بأسر بديلة أو أسر أقارب من خلال خدمات رعاية الأطفال.

الخلاصة، عند المقارنة مع ضبط المستوى الاجتماعي الديمجرافي كان الارتباط بين سوء المعاملة والاضطراب العقلي (الاكتئاب ، اضطراب الشخصية ، التعاطي)

يظهر في: (أ) عينات ترتفع فيها معدلات الاضطراب العقلي بين الآباء المحولين لخدمات رعاية الأطفال. (ب) عينات يرتفع فيها سوء معاملة الأطفال بين أمهات متعاطيات. أولاً: كثير من العينات ضمت آباء صدر ضدهم حكم بعدم أهليتهم لحضانة أطفالهم (٣٥) (٦٦)، تمثل هذه الأسر حالة حادة من سوء معاملة الآباء، ارتفاع معدلات الاضطراب في هذه الأسر قد لا يمثل ارتفاع معدلات الاضطراب بين الآباء المسيئين بشكل عام، ثانياً: إن وجود الآباء المتعاطين في خدمات رعاية الأطفال قد يعكس تحيزاً ما، حيث إن هؤلاء الآباء يبدو أنهم في موقف أكثر خطورة على أطفالهم من الآباء الآخرين (١٢).

عينات من المجتمع:

كثير من الدراسات تناولت الارتباط بين سوء معاملة الأطفال والاضطراب العقلي باستخدام بيانات من عينة تمثل منطقة سانت لويس (٧٣)، أشار (٢٧) إلى أن معدل إقرار الآباء عن سوء معاملتهم لأطفالهم في عينة البحث كان ٤,١٪ مقابل الآباء الذين لا يسيئون معاملة أطفالهم، وكان التاريخ المرضي لدى من أقروا بسوء معاملة أطفالهم يفوق بدرجة ذات دلالة العينة الضابطة، وكانت الاضطرابات الشائعة اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع، والاكتئاب، ونوبات الرهاب (٣٤)، وفي دراسة عن الارتباط بين الاضطراب العقلي وسوء معاملة الأطفال لدى الراشدين، وجد أن أي تاريخ مرضي (اضطراب عقلي) يضاعف احتمال سوء معاملة الأطفال ٢,٧٢ مرة. كما وجد أن التعاطي يزيد من خطر سوء معاملة الأطفال حتى لو تم ضبط العوامل الاجتماعية والديموجرافية وكذلك الأمراض السيكاترية الأخرى. وأخيراً استخدم (١٩) المنهج الطولي لدراسة سانت لويس للتنبؤ بوقوع سوء المعاملة والإهمال على أساس البيانات الاجتماعية الديموجرافية والبيانات السيكاتيرية، التي تم قياسها في مرحلة سابقة. وبعد ضبط العوامل الاجتماعية والديموجرافية التي ترتبط ارتباطاً دالاً بالإساءة البدنية، وجدوا أن الآباء الذين قرروا أنهم يسيئون معاملة أبنائهم تم تشخيصهم كحالات اكتئابية وحالات تعاطي في السنة السابقة، والآباء الذين يهملون

أطفالهم كانوا من المتعاطين والحوازيين وإن كان عدد ممن تم تشخيصهم على أنهم حوازيون صغيرا وبالتالي قد يكون الارتباط غير حقيقي. في البحوث التي تم فيها ضبط العوامل الاجتماعية الديموجرافية والاضطرابات السيكاترية، ظل التعاطي محتفظًا بارتباطه القوى بالإساءة البدنية، كما كان وسيطًا في الارتباط بين بعض العوامل الديمجرافية (سن الوالد/ الوالدة، عدد أفراد الأسرة، الحالة الاجتماعية، العرق) والإهمال.

وقد تكررت هذه النتائج في بحوث أخرى على عينات كبيرة، في دراسة على ١٢٠٠ راشد لم توضع أسس معينة لاختيارهم، كانت نسبة التورط في العنف ضد الأبناء، أو شريك الحياة، أو شخص خارج إطار الأسرة أو إهمال الأبناء تتراوح ما بين ١,٦ إلى ٤,٧ ضعفًا بين من لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو تعاطي الكحوليات أو الاكتئاب المتكرر(١٤) ويتزايد الاحتمال أكثر عندما يعاني الفرد من نوعين أو أكثر من الاضطراب، حيث يرتفع معدل العنف داخل الأسرة وخارجها. وفي دراسة تناولت ٦٤٤ أسرة يمثلون جزءًا من عينة لم توضع أسس معينة لاختيارها كان الارتباط واضحًا بين السلوك الإجرامي والتعاطي من ناحية وسوء معاملة الأبناء (١٥)، من ناحية أخرى كان سوء المعاملة من جانب الأمهات المتعاطيات (كحوليات أو مخدرات) ٤-٦ ضعفًا سواء في الإساءة الجسمية أو الإهمال أو الإساءة الجنسية.

الخلاصة :

كشفت الدراسات السيكاتيرية والمجتمعية ارتباطًا بين الاضطراب العقلي لدى الآباء وسوء معاملة الأطفال حتى بعد ضبط عدد من العوامل الاجتماعية الديموجرافية، التي قد تفسر الارتباط. وقد وجد أن التعاطي واضطرابات الشخصية الوجدانية أو المعادية للمجتمع تزيد من احتمالات خطر الإساءة. على الرغم من أن فكرة ارتباط المرض العقلي بارتفاع احتمال الإساءة فكرة مستقرة في التراث، فإن هناك بدائل

أخرى لتفسير البيانات: أولاً: ما يصدق على العنف بين الأزواج قد يصدق على العنف ضد الأبناء، وهو وجود متغير ثالث ليس المرض العقلي وليس الإدمان كالفقر والبطالة لتفسير الارتباط بين التعاطي والإساءة للأطفال، رغم أن العوامل الاجتماعية الديموجرافية تم ضبطها في العديد من الدراسات يظل هناك بعض العوامل التي يمكن أن تفسر هذا الارتباط ولم يتم قياسها. ثانيًا: أبناء المرضى العقليين هم أنفسهم معرضون لخطر المشكلات السلوكية سواء الشخصية الداخلية أو الاجتماعية الخارجية وهكذا يمكن أن يكون السلوك المشكل للطفل يستجلب سلوكًا مسيئًا من الآباء، الذين يفتقرون الحكمة في معالجة مواقف التوتر. ثالثًا: قليل من الدراسات تناولت احتمال أن الارتباط بين الاضطراب العقلي للآباء وسوء معاملة الأبناء بينهما عوامل وسيطة كالمساندة الاجتماعية أو غياب أحد الوالدين. وأخيراً هناك تفسير آخر أنه في معظم الدراسات كان يتم تشخيص حالة الأب على مدى العمر، ولا يتضح في التشخيص ما إذا كان في حالة مرضية عند وقوع الإساءة على الطفل بما يسمح بتفسير دقيق للارتباط (٥٥). وبالتالي قد يكون الارتباط بين الاضطراب العقلي والإساءة ليس في مجرد التاريخ المرضي، وإنما يتحدد بشدة الاضطراب وأزمانه وليس بمجرد وجوده أو عدم وجوده (٤٢). فيجب أن ينتبه الباحثون لتوقيت واستمرار وشدة المشكلات العقلية للآباء سعياً لفهم أدق للعلاقة بين المرض العقلي وسوء معاملة الأطفال.

لماذا يعتبر المرض العقلي لدي الآباء عامل خطر في العنف الأسري؟

قليل هي الدراسات التي تناولت الإجابة عن التساؤل لماذا يمثل الآباء ذوى التاريخ المرضي عامل خطورة في العنف الأسري. هناك تفسيرات ممكنة قد تكون شائعة في الاضطرابات العقلية بشكل عام أو قد ترتبط باضطرابات معينة، مثلاً، يمكن تفسير الارتباط بين اضطراب شخصية أحد الوالدين المضاد للمجتمع والعنف الأسري إذا كان سوء معاملة الطفل والعنف بين الأزواج مظاهر لاستعداد للسلوك المعادي للمجتمع والسلوك العدواني الذي يظهر في مراحل الطفولة المبكرة، (٦٧) ومما يدعم

هذا الفرض الدراسات التي تشير إلى أن العدوان في مرحلة الطفولة ينبئ بالعنف بين الأزواج وسوء معاملة الأطفال في المستقبل (١٦) (٦٠) إلى جانب سلوكيات معادية للمجتمع (٦٥).

ويمكن تفسير الارتباط بين العنف الأسري واضطراب الآباء العقلي على ضوء النماذج المعرفية الاجتماعية الوالدية مثال: أحد الفروض أن يتحيز الآباء في إدراكهم وتفسيراتهم وتقييماتهم لسلوك أطفالهم نحو المشاعر السلبية، (٧) (٢٨) (٦٤)، فالآباء الذين يتصفون بالغضب أو الاكتئاب أو القلق يميلون لإدراك تصرفات أبنائهم على أنها سلبية، (٢٨) وتشير الدراسات إلى أن الآباء الذين يسيئون معاملة أبنائهم يعزون سوء سلوك أبنائهم إلى أسباب ثابتة، وعامة وداخلية (٦) (٦٤)، وبالمثل يمكن للانفعالات السلبية أن تؤدي إلى التحيز في إدراك سلوك القرين (٦٨).

إن النمط المعرفي الاكتئابي (١) يمكن أن يسهم في إدراك الأم أو الأب أنهم غير كفء كآباء وقد يسبب ذلك الانسحاب من التفاعل مع الطفل. في الأسر التي يكون فيها التفاعل بين الآباء والطفل ضعيفًا يمكن أن يدعم السلوك السيئ من جانب الطفل لأنه يستثير استجابة من الأب/ الأم المنسحب. هذا التعسف المتبادل بين الآباء والأبناء يمكن أن يقوض إدراكهم لكفاءتهم (٦). من خصال الآباء الذين يسيئون معاملة أبنائهم انخفاض تقدير الذات وممارسة التحكم في أبنائهم بما يوحي بانعدام ثقة هؤلاء الآباء في قدرتهم على التعامل مع سلوك الطفل بأسلوب لا يؤكد على القوة (٨٣).

الفرضية الثالثة أن الآباء الذين يسيئون لأطفالهم لديهم صعوبات في التعامل مع الضغوط مقارنة بغيرهم من الآباء (٨٧) ، رغم أن التعرض للضغوط الاجتماعية يمكن أن يهيئ لحدوث الاضطراب العقلي أو تكرار حدوثه، كما أن التاريخ المرضي يمكن أن يزيد خطورة الضغوط الاجتماعية بما في ذلك الصراعات الزوجية وعدم استقرار العلاقات بالآخر وعدم الاستمرار في العمل وغياب المساندة الاجتماعية، وهكذا فإن التاريخ المرضي يزيد من احتمال سوء معاملة الأطفال بسبب تزايد

الضغوط التي يتعرض لها الآباء من ناحية وقصور قدرتهم على معالجة هذه الضغوط من ناحية أخرى.

قضايا للبحث:

الأطفال الذين ينشأون في أسرة تسيء معاملتهم أو ينشأون مع أم/ أب لديه تاريخ مرضي يكونون في خطر التعرض للنتائج السلبية والوقوع في محن في مرحلة المراهقة أو الرشد، ومع ذلك فكثير من الأطفال الذين يواجهون هذه المحن يظهرون صموداً (٢١). حين يصاحب العنف الأسري المرض العقلي، هل يكون الأطفال في توافق نفسي إيجابي كالأطفال الذين يتعرضون لعامل خطر واحد (العنف أو المرض)؟ ويرى الكاتب أن الأطفال الذين يتعرضون للعنف الأسري والمرض العقلي يكون احتمال توافقهم النفسي الإيجابي أقل من أولئك الذين تعرضوا لعامل واحد، ويرجع ذلك للأسباب الآتية: (أ) خطر جيني لسوء التوافق الذي يرتبط بالمرض العقلي للوالد. (ب) تراكم المخاطر الاجتماعية النفسية في الأسر، حيث يتلازم المرض العقلي مع العنف الأسري.

المخاطر الجينية:

السلوك المشكل كالاكتئاب والسلوك المضاد للمجتمع يمكن أن يكون أكثر انتشاراً بين الأطفال الذين تعرضوا للعنف الأسري ومن يعاني أباؤهم من تاريخ مرضي، لأن خطر السلوك المشكل ينتقل جينيًا من الأب للأبن، فكل من الاكتئاب والسلوك المضاد للمجتمع فى مرحلة الطفولة وراثيان إلى درجة تتراوح بين الدرجة المتوسطة والكبيرة ... (٥) (٧٦) وهكذا فإن الأطفال المعرضين للعنف الأسري ولدى أبائهم تاريخ مرضي أكثر تعرضاً، لأن يظهر لديهم سلوكيات مشكلة وذلك للأسباب الآتية:-

(أ) الاستعداد الجيني يرفع احتمال التعرض للسلوك المشكل. (ب) العوامل الجينية والعنف الأسري يرفع احتمال السلوك المشكل. (ج) العنف الأسري يستثير الاستهداف الجيني الكامن للسلوك المشكل. (د) الاستعداد الجيني للسلوك المشكل يستثير العنف الأسري. (مثال: حين تنشأ الصراعات الزوجية حول الاختلافات في كيفية تربية طفل يصعب التعامل معه، أو حين يستثير سلوك طفل يصعب التعامل معه استجابة سلبية من الأم / الأب).

رغم أن الدراسات التي أجريت على التوائم أو أطفال التبني أوضحت أن العوامل الجينية تفسر إلى درجة متوسطة أو كبيرة التباين في السلوك المعادي للمجتمع والاكتئاب (٥٤) (٧٢) (٨٠). فقد أشارت الدراسات الجينية الدقيقة[١] التي تحدد الجينات الخاصة بالاضطرابات أن التنوع الجيني[٢] لا يزيد خطر الاضطراب بصورة مباشرة، إنما من خلال التأثير في حساسية الطفل لضغوط البيئة (١٧) (١٨). في غياب ضغوط البيئة فإن التنوع الجيني (جينات طويلة أو قصيرة) ، لا يرتبط بالاضطراب وهذا يوحي بغياب التأثير الجيني المباشر أو الأساس الجيني على الاضطراب (٤١).

أشارت ثلاث دراسات حديثة للتفاعل بين المخاطر الجينية والبيئية إلى أن تأثير سوء المعاملة على السلوك المضاد للمجتمع وعلى الاكتئاب في الطفولة والرشد يعتمد على التكوين الجيني للفرد. باستخدام البيانات من عينة عدد أفرادها ٢٢٣٢ من توائم في الخامسة من العمر وجد أن مشكلات المسلك كانت أعلى لدى الأطفال من ذوى البناء الجيني المستهدف لاضطراب المسلك وممن مروا بخبرات الإساءة البيئية. ومع ذلك فإن مشكلات المسلك لم تكن مرتفعة بين الأطفال ذوى الاستهداف الجيني المنخفض حتى ولو كانوا مروا بخبرة الإساءة الجسدية.

(1) Molecular.

(2) Polymorphisms.

وباستخدام بيانات مستمدة من دراسة طولية ضمت ٥٠٠ من الذكور الراشدين (١٧) وجد أن السلوك المعادي للمجتمع كان نشطًا بين الرجال ممن لديهم[1] الإنزيم الأميني الأحادي الاكسدة منخفض النشاط وممن تعرضوا لسوء معاملة في طفولتهم. ومع ذلك لم يكن السلوك المعادى للمجتمع على نفس الدرجة من النشاط بين الرجال ممن ارتفع لديهم الإنزيم الأميني الأحادي الأكسدة رغم أنهم مروا بخبرة سوء المعاملة. أخيرًا أشار (١٨) إلى أن سوء المعاملة في الطفولة ينبئ بالاكتئاب في الرشد بين من يحملون الصورة القصيرة من ناقلات جين سيروتونين فقط وليس بين من يحملون الصورة الطولية من الجين، تشير هذه النتائج إلى أن ما ينقله الآباء للأطفال ليس الاستهداف الجيني للاضطراب في ذاته وإنما حساسية جينية لضغوط البيئة. وإذا كان الأمر كذلك فإن الأطفال الذين نشأوا في أسر، حيث يتلازم العنف الأسري والمرض العقلي سوف يكونون في خطر متزايد ويكونون أكثر استهدافًا للاكتئاب والسلوك المعادي للمجتمع، لأنهم ورثوا عاملاً وراثيًا أكثر حساسية لضغوط البيئة.

رغم أن الأطفال ضحايا سوء المعاملة معرضون ومستهدفون جينيًا للسلوك المضاد للمجتمع، لا يبدو أن الأطفال الذين لديهم استعداد جيني للسلوك المعادي للمجتمع يستثيرون سوء المعاملة من الكبار. في عينه ٢٢٣٢ توائما التي سبق عرضها، لم تكن خبرة سوء المعاملة وراثية، وهذا يشير إلى أن الخصائص التي تتأثر بالعوامل الجينية لا تستثير سوء المعاملة من الكبار (٤٩).

تراكم عوامل الخطر النفسية الاجتماعية:

الأطفال ممن تعرضوا للعنف الأسري و ممن كان لآبائهم تاريخ اضطراب عقلي احتمال توافقهم النفسي الإيجابي يكون ضعيفًا، لأنهم تعرضوا لكم أكبر من عوامل الخطر مقارنة بغيرهم من الأطفال الذين تعرضوا للإساءة. تشير الأبحاث إلى أن

(1) Monoamine oxidase A.

تراكم عوامل الخطر وليس عوامل الخطر المفردة هي التي ترتبط بسوء توافق الأطفال، (٧٥) وتعمل هذه الضغوط بأن يضاف بعضها إلى بعض أو يتفاعل بعضها مع بعض لتزيد استهداف الأطفال لسوء التوافق. تشير بعض الدلائل إلى أن المرض العقلي لدى أحد الوالدين يزيد من تكرار وشدة العنف الأسري. مثال في تقرير (٤٤) عن عينة فرعية من المعتدين تتصف بالاضطرابات السيكوباتية والتعاطي والسلوك الإجرامي كانوا لا يستطيعون كف العنف لمدة تصل إلى ثلاث سنوات. هؤلاء الأفراد يتورطون في أشد صور العنف وأكثرها تكراراً وبالمثل في دراسة لمجموعة من الأطفال من سن ٤-١٢ وأمهاتهم يعيشون في مؤسسة لضحايا العنف، وجد(٤٦) أن الأمهات ذوات المستوى الأقل من الاكتئاب والقلق، سلوكهم العدواني اللفظي نحو أزواجهن كان محدوداً، وكان تعرض أطفالهن للمشكلات الداخلية أو الخارجية أقل وكان مستوى تقدير الذات لديهن فوق المتوسط. وهكذا نجد الأسر حيث يتعرض الأطفال للعنف الأسري والاضطراب العقلي للآباء يكون العنف الأسري أكثر قوة وأكثر استقراراً مقارنة بأسر، حيث العنف لا يصاحبه مرض الآباء عقلياً وبالتالي ونتيجة لذلك يعاني الأطفال من توافق أضعف.

أخيراً، إذا كان الصمود ناتجاً عن توازن عوامل الخطر وعوامل الحماية التي تتغير عبر الزمن (٦٢) من المهم أن نرى كيف يغير مجرى المرض العقلي لأحد الآباء هذا التوازن، ونتيجة لذلك يغير قدرة الطفل على المحافظة على أداء نفسي إيجابي. فالاكتئاب مثلاً يتكرر (يعاود المريض في سنوات الرشد) (٧٠) وتؤثر فترات اكتئاب الآباء ليس فقط في حدوث العنف الأسري (حيث يكون احتمال العنف بين الزوجين أكبر عند مرور أحدهما بفترة اكتئاب) وإنما أيضاً في تفاعل الآباء مع الأطفال (٣٠) (٤٠). فالوالد يكون أقدر على حماية الطفل من التعرض للعنف بين الوالدين حين يعاني من أعراض مرضية بسيطة عما لو كان يمر بفترة مرضية شديدة.

إن تقرير ما إذا كان الأطفال المعرضون للعنف الأسري والمرض العقلي يظهرون صموداً يتوقف على تعريفنا للصمود، فبعض الباحثين يعرفون الصمود بأنه الأداء الإيجابي في مجال ما، وآخرون يشترطون أن يكون الأداء الإيجابي في مجالات

متعددة (٥٨)، وتشير كثير من الدراسات إلى انخفاض معدل الصمود مع ارتفاع عدد المجالات التي يتوقع للطفل أن يظهر فيها أداء إيجابيًا(٥١) (٦٣) ويترتب على ذلك بالنسبة للأطفال حيث العنف الأسري والمرض العقلي أن تقل فرصهم في التوافق الإيجابي في مجالات متعددة نتيجة للعدد الأكبر نسبيًا من عوامل الخطر التي يتعرضون لها.

الخلاصة إنه رغم أن العنف الأسري يتحدد بعوامل متعددة، فإن الارتباط بين العنف الأسري والمرض العقلي لأحد الآباء ارتباط قوي عبر الدراسات خاصة بالنسبة لاضطرابات المزاج واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، واضطراب التعاطي، ولذا فإن احتمال الصمود في الأسر التي يتزامن فيها العنف الأسري والمرض العقلي أقل مما لو كان في الأسر أحد العاملين دون الآخر. إن استهداف الأطفال الجيني للاضطراب يمكن أن يتضاعف نتيجة للتعرض للعنف الأسري، وتتزايد خطورة النتائج السلبية بتزايد عوامل الخطر الاجتماعية النفسية التي يتعرض لها الطفل، إن العنف في الأسرة حيث يعاني أحد الوالدين من تاريخ مرضي يميل إلى أن يكون أشد وأكثر إزمانًا مقارنة بالأسر التي لا يجتمع فيها أو يتزامن فيها العنف الأسري والمرض العقلي. وعلى الكلينيكيين الذين يعملون مع ضحايا العنف الأسري والمرض العقلي أن ينتبهوا بصفة خاصة لتفسير المرض العقلي ما إذا كان سببًا أو نتيجة للعنف، وكذلك للطرائق التي من خلالها يؤدي اجتماع العنف الأسري والمرض العقلي إلى تدمير فرص الطفل في التوافق الإيجابي.

REFERENCES

1- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358–372.

2- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision* (4th ed.). Washington, DC: Author.

3- Anderson, K. L. (2002). Perpetrator or victim? Relationships between intimate partner violence and well-being. *Journal of Marriage and the Family, 64*, 851–863.

4- Appel, A. E., & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology, 12*, 578–599

5- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Rijsdijk, F. V., Jaffee, S. R. et al. (2003). Strong genetic effects on cross-situational antisocial behavior among 5-year-old children according to mothers, teachers, examiner-observers, and twins' self-reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 832–848.

6- Azar, S. T. (2002). Parenting and child maltreatment. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting (Vol. 4): Social conditions and applied parenting* (pp. 361–388). Mahwah, NJ: Erlbaum.

7- Azar, S. T., & Twentyman, C. T. (1986). Cognitive behavioral perspectives on the assessment and treatment of child abuse. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy (Vol. 5)* (pp. 237–267). New York: Academic Press.

8- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist, 35*, 320–335.

9- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development, 55*, 83–96.

10- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental–ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*, 413–434.

11- Belsky, J., & Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 153–202). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

12- Benjet, C., Azar, S. T., & Kuersten-Hogan, R. (2003). Evaluating the parental fitness of psychiatrically diagnosed individuals: Advocating a functional–contextual analysis of parenting. *Journal of Family Psychology, 17*, 238–251.

13- Bijur, P. E., Kurzon, M., Overpeck, M. D., & Scheidt, P. C. (1992). Parental alcohol use, problem drinking and child injuries. *Journal of the American Medical Association, 23*, 3166–3171.

14- Bland, R., & Orn, H. (1986). Family violence and psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 31*, 129–137.

15- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 22*, 1065–1078.

16- Capaldi, D. M., & Clark, S. (1998). Prospective family predictors of aggression toward female partners for at-risk young men. *Developmental Psychology, 34*, 1175–1188.

17- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W. et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science, 297*, 851–854.

18- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. et al. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science, 31*, 386–389.

19- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect, 20*, 191–203.

20- Children of Alcoholics Foundation Inc. (1996). *Collaboration, coordination and cooperation: Helping children affected by parental addiction and family violence*. New York: Author.

21- Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology, 5*, 497–502.

22- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development, 11*, 31–55.

23- Craig, R. J. (2003). Use of the Millon Clinical Multiaxial Inventory in the psychological assessment of domestic violence: A review. *Aggression and Violent Behavior, 8*, 235–243.

24- Curtis, P., & McCullough, C. (1993). The impact of alcohol and other drugs on the child welfare system. *Child Welfare, 72*, 533–542.

25-Danielson, K. K., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry, 155*, 131–133.

26-De Bellis, M. D., Broussard, E. R., Herring, D. J., Wexler, S., Moritz, G., & Benitez, J. G. (2001). Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: A pilot research study with policy implications. *Child Abuse and Neglect, 25*, 923–944.

27-Dinwiddie, S. H., & Bucholz, K. K. (1993). Psychiatric diagnoses of self-reported child abusers. *Child Abuse and Neglect, 17*, 465–476.

28-Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin, 110*, 3–25.

29-Dixon, L., & Browne, K. (2003). The heterogeneity of spouse abuse: A review. *Aggression and Violent Behavior, 8*, 107–130.

30-Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: A integrative review. *Psychological Bulletin, 108*, 50–76.

31-Dutton, D. G. (1994). The origin and structure of abusive personality. *Journal of Personality Disorders, 8*, 181–191.

32-Dutton, D. G. (1995). Intimate abusiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 207–224.

33-Edleson, J. L. (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women, 5*, 134–154.

34-Egami, Y., Ford, D., Greenfield, S., & Crum, R. (1996). Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting their children. *American Journal of Psychiatry, 153*, 921–925.

35-Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 16*, 475–483.

36-Famularo, R., Stone, K., Barnum, R., & Wharton, R. (1986). Alcoholism and severe child maltreatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 56*, 481–485.

37-Gelles, R. (1973). Child abuse as psychopathology: A sociological critique and reformulation. *American Journal of Orthopsychiatry, 43*, 611–621.

38-Gleason, W. G. (1997). Psychological and social dysfunctions in battering men: A review. *Aggression and Violent Behavior, 2*, 43–52.

39-Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99–132.

40-Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*, 458–490.

41-Hamer, D. (2002). Rethinking behavior genetics. *Science, 298*, 71–72.

42-Hammen, C., & Brennan, P. A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 60*, 253–258.

43-Holtzworth-Monroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Monroe and Stuart (1994) Batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1000–1019.

44-Holtzworth-Monroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2003). Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 728–740.

45-Holtzworth-Monroe, A., & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and differences among them. *Psychological Bulletin, 116*, 476–497.

46-Hughes, H. M., & Luke, D. A. (1998). Heterogeneity in adjustment among children of battered women. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to family violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 185–221). Washington, DC: American Psychological Association.

47- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A. et al. (in press a). Nature x nurture: Genetic vulnerabilities interact with child maltreatment to promote behavior problems. *Development and Psychopathology*.

48- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomas, M., Price, T. S., & Taylor, A. (in press b). The limits of child effects: Evidence for genetically-mediated child effects on corporal punishment, but not on maltreatment. *Developmental Psychology*.

49- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child: Evidence of an environmentally-mediated process. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 44–55.

50- Kadushin, A., & Martin, J. (1981). *Child abuse: An interactional event*. New York: Columbia University Press.

51- Kaufman, J., Cook, A., Arny, L., Jones, B., & Pittinsky, T. (1994). Problems defining resiliency: Illustrations from the study of maltreated children. *Development and Psychopathology, 6*, 215–229.

52- Kelley, S. J. (1992). Parenting stress and child maltreatment in drug-exposed children. *Child Abuse and Neglect, 16*, 317–328.

53- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. B., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association, 181*, 17–24.

54- Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (1999). A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Archives of General Psychiatry, 56*, 39–44.

55- Kraemer, H. C. (2003). Current concepts of risk in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 16*, 421–430.

56- Krueger, R. F., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2000). Epidemiological personology: The unifying role of personality in population-based research on problem behaviors. *Journal of Personality, 68*, 967–998.

57- Lung, C. T., & Daro, D. (1996). *Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1995 annual fifty state survey*. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse.

58- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543–562.

59- Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Newman, D. L., Fagan, J., & Silva, P. A. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 68–78.

60- Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Developmental antecedents of partner abuse: A prospective-longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 375–389.

61- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology, 51*, 445–479.

62- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist, 53*, 205–220.

63- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology, 13*, 1021–1038.

64- Milner, J. S. (2003). Social information processing in high-risk and physically abusive parents. *Child Abuse and Neglect, 27*, 7–20.

65- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology, 14*, 179–207.

66- Murphy, J. M., Jellinek, M., Quinn, D., Smith, G., Poitrast, F. G., & Goshko, M. (1991). Substance abuse and serious child mistreatment: Prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse and Neglect, 15*, 197–211.

67- Newcomb, M. D., & Loeb, T. B. (1999). Poor parenting as an adult problem behavior: General deviance, deviant attitudes, inadequate family support and bonding, or just bad parents? *Journal of Family Psychology, 13*, 175–193.

68- Noller, P., Beach, S., & Osgarby, S. (1997). Cognitive and affective processes in marriage. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 43–71). New York: Wiley.

69- Parke, R., & Collmer, C. (1975). Child abuse: An interdisciplinary review. In E. M.Hetherington (Ed.), *Review of child development research (Vol. 5)* (pp. 509–590). Chicago: University of Chicago Press.

70- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry, 149*, 999–1010.

71- Rennison, C. M., & Welchans, S. (2000). *Intimate partner violence*. NCJ Publication No. 178247 (pp. 1–11). Washington, DC: U.S. Department of Justice.

72- Rhee, S. H., & Waldman, I. D. (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin, 29*, 490–529.

73- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press.

74- Robins, R. W., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2002). It's not just who you're with, it's who you are: Personality and relationship experiences across multiple relationships. *Journal of Personality, 70*, 925–964.

75- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children* (pp. 49–74). Hanover, NH: University Press of New England.

76- Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T., & Simonoff, E. (1999). Genetics and child psychiatry: II Empirical research findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 19–55.

77- Spinetta, J., & Rigler, D. (1972). The child abusing parent: A psychological review. *Psychological Bulletin, 77*, 296–304.

78- Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors*. New York: Anchor Press/Doubleday.

79- Sugarman, D. B., & Frankel, S. L. (1996). Patriarchal ideology and wife-assault: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence, 11*, 13–40.

80- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1552–1562.

81- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the National Violence Against Women Survey. Retrieved August 30, 2004 from http://www.ncjrs.org/pdffiles/172837.pdf.

82- Tolan, P. H., & Guerra, N. (1998). Societal causes of violence against children. In P. K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 195–209). Washington, DC: American Psychological Association.

83- Trickett, P. K., & Susman, E. J. (1988). Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology, 24*, 270–276.

84- U. S. Department of Health and Human Services (2004). Child Maltreatment 2002. Retrieved August 30, 2004 from http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/publications/cm02/.

85- Wasserman, D. R., & Leventhal, J. M. (1993). Maltreatment of children born to cocaine-abusing mothers. *American Journal of Diseases of Children, 147*, 1324–1328.

86- Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 18–31.

87- Whipple, E. E., & Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abuse families. *Child Abuse and Neglect, 15*, 279–291.

الفصل الحادي عشر

الأسر : سياق لتوافق الأطفال

سوزان م.شيريدان وجون وإيجل
وشانون إ. داود

دور الأسر:

تغير دور الأسر خلال العقود الأخيرة كما تغير هيكل بنائها تغيرًا جذريًا، فقد تراجعت الصورة التقليدية للأسرة، وهي الأسرة التي تضم الأم والأب، الأب يعمل والأم ترعى الأطفال، وحلت محلها صورًا متعددة حتى إن نسبة الأطفال الذين يعيشون مع والديهم تقلصت إلى أن أصبحت ٦٩٪ سنة ٢٠٠٢ من مجمل الأطفال، في حين كانت ٧٢٪ سنة ١٩٩٠، و٧٧٪ سنة ١٩٨٠ (٦١). ارتفعت نسبة الأسر التي يعولها أحد الوالدين فقط أو التي بها زوج أم أو زوجة أب، رغم أن أطفال أسر الطلاق أو العائل الواحد أكثر عرضة لمخاطر التحصيل المدرسي الضعيف والتسرب والانحرافات الجنسية، وكذلك أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق والعدوان (٢٣) (٤٢). لقد تضاعفت أعداد أسر الأم المعيلة ما بين ١٩٦٠، ١٩٨٨ (٨) وأصبح الأجداد يلعبون أدوارًا أكبر في رعاية الأطفال حتى في وجود الأب/ الأم (٢).

لقد تغير المناخ الثقافي والاقتصادي في الأسرة الأمريكية مع السنين ففي عام ٢٠٠٠ كان ٦٤٪ من الأطفال من البيض، ٤٪ من الأطفال كانوا من الأجانب حيث واحد من الأبوين أجنبي أي ليس مولودًا بأمريكا، ٧٪ من الأطفال يعانون من صعوبة

اللغة الإنجليزية، ١٩٪ يعيشون في أسر مزدحمة، ١٦٪ يعيشون في أسر فقيرة (٦٠). فإذا كان معظم الأسر الأمريكية تواجه صعابًا جادة فإن تنمية الرفاه والصمود في الأطفال والأسر يصبح أمرًا حاسمًا.

أهمية السياق الأسري

مع استمرار التغير في تكوين النظام الأسري تزايدت أهمية دور القائم بالرعاية. فالعلاقات الأسرية وأساليب التفاعل لها أهمية خاصة في تنمية الكفاءة والوظائف التوافقية والتربوية والاجتماعية والسلوكية. فالأسرة توفر للطفل التربية غير الرسمية وهي مطلب أساسي للخبرات الناجحة في المدرسة (١). وعلى حين تضع بيئة المدرسة المهام النمائية للتلاميذ فإن الأسرة تعمل مصدرًا مهمًا لاكتساب هذه المهام النمائية (٥٧). والآباء مسئولون عن المنهج الأسري[1] أو الأنشطة التي تدعمها الأسرة والتي ترفع من النجاح المدرسي ومن التعلم وهو عامل ضروري للنمو التعليمي في المدرسة (٦٢). يمكن للآباء أن يؤثروا في النتائج التربوية بما يقدمونه من توجيه ودعم، ونمذجة عادات العمل الفعالة وتقديم الأنشطة التربوية كالقراءة مثلاً وما يعبرون عنه من اهتمام وتوقع النمو المدرسي (٩) (٣٢) (٦٢).

من الواضح أن الأسر تلعب دورًا أساسيًا في نمو أبنائهم. ويعتبر الآباء مصدر رأس المال اللغوي والاجتماعي بما يقدمونه من خبرات تعليمية من بداية الطفولة إلى مرحلة الرشد. وتتكون هذه الخبرات من: (أ) تعرض الأطفال للأفكار والأنشطة التي تنمي اكتساب المعرفة. (ب) المساعدة في التنشئة الاجتماعية للأدوار الثقافية والعلاقة بالرفاق والنوع. (ج) بناء المعايير والتوقعات والقواعد. (د) تقديم المكافآت والمديح (١١). ويتأثر نجاح الأسرة في توفير الدعم لنمو أبنائهم بوجود عوامل واقية، وهكذا

(1)Curriculum of the home.

فإن تنمية الخصائص الأسرية الواقية أساسية في مساعدة الأسر على بناء الكفاءة في أبنائهم التي تمكنهم من التعامل بفاعلية أكبر مع تحديات الحياة (٥٠).

صمود الأسرة:

يشير الصمود إلى عملية النجاح في التغلب على الصعاب (٤٦) وتركز النظريات التقليدية على الأفراد والعوامل الشخصية التي ترتبط بالتوافق مثل السمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة (٦٤). وبالتدريج اتسع مجال بحوث الصمود ليشمل مجالاً اجتماعيًا أكثر اتساعًا كالأسر والمجتمعات المحلية، لقد وضعت (٤٥) (٥٠) (٣٧) ثلاثة مفاهيم للصمود الفردي ولها ما يوازيها في صمود الأسرة (١) تصور عن مستوى النواتج الأسرية. (٢) وجود مصدر خطورة قد لا تستطيع الأسرة النجاح في مواجهته. (٣) الحاجة إلى فهم العوامل الواقية التي سوف تحول دون النواتج غير المرغوبة.

إن فكرة صمود الأسرة تهتم ليس فقط بالعمليات المفتاحية التي تساعد الأسر على مواجهة التحديات الدائمة، وإنما أيضًا بالعمليات التي تقوي من وحدة الأسرة، وهكذا يمكّن صمود الأسرة من تنمية الصمود في كل أفرادها (٦٤) . على الرغم من وجود العديد من التعريفات، فإن صمود الأسرة يتضمن (أ) التصدي عند مواجهة الصعاب. (ب) استعادة المستويات السابقة في الأداء. (ج) تصدق عليها مفاهيم الرفاه وليس مفاهيم المرض (٢٩). وسوف نستعير في هذا الفصل التعريف الذي قدمه باترسون، (٤٥) الذي يرى أن صمود الأسرة هو العمليات التي تتمكن الأسر من خلالها أن تتوائم وتؤدي وظائفها باقتدار وكفاءة بعد تعرضها لمحنة أو كارثة.

رؤية منظومية نمائية للصمود:

لكي نفهم صمود الأسرة سوف نتبنى رؤية أيكولوجية تأخذ في اعتبارها الخصائص المجالية، ويهتم المنحى الأيكولوجي لكل من خصائص الأسرة والتفاعل

المتبادل بين الأسرة باعتبارها وحدة والنظم الأخرى كالمجتمع المحلي مثلاً (٧). وتقدم النظرية الأيكولوجية الأساس التصوري لفهم الحدود المشتركة بين النظم المتعددة. وترى النظرية أن نمو الطفل لا يتأثر بالظروف والأحداث الخاصة ببيئته المباشرة فقط، وإنما أيضاً بالخبرات الجارية في المجال السياسي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي التي تقع فيه الأسرة.

إن المنظور النمائي أساس لفهم صمود الأسرة (٦٤)، فعلى عكس المنظور الذي يرى صمود الأسرة باعتبارها مجموعة من السمات المحددة، فإن المنظور النمائي يرى الصمود عملية يكون فيها التفاعل بين عوامل الخطر وعوامل الوقاية معدلاً ووسيطاً للنتائج. في الإطار النمائي فإن قدرة الأسرة على التوائم ومواجهة المحن عملية تحددها عوامل كثيرة تقع وتتطور مع الزمن كاستجابة لظروف مركبة ومتغيرة (٦٤).

إن مفهوم صمود الأسرة الكامنة في الإطار الأيكولوجي النمائي عملية ارتقائية مستمرة تحدث في مستويات متعددة (٤٦) . وأحد هذه المستويات يركز على التفاعل بين أعضاء الأسرة الواحدة فيما بينهم، والمستوى الثاني يركز على التفاعل بين الأسرة باعتبارها وحدة والأيكولوجي الأوسع. وتؤكد هذه النظرة لصمود الأسرة على الارتباط بين منظومة الأسرة والإطار المجتمعي الأكبر، وهكذا تؤكد على أهمية كل من جهود الأسرة وجهود المجتمع في تنمية الصمود ورعايته.

خصائص الأسرة والصمود:

عمليات العلاقات داخل الأسر لها تأثير كبير على تنمية الصمود بين أعضائها. فنمط العلاقة الأسرية يمكن أن ينقسم إلى بعدين متمايزين، التماسك الأسري[١]، والتوائم الأسري[٢]، ويصف مستوى التماسك والتوائم طبيعة التفاعل داخل منظومة

(1) Family cohesion.

(2) Family adaptability.

الأسرة وبين أعضاء الأسرة والمجتمع الأكبر (٤٤). ولا يقتصر دور البعدين على توفير الاستبصار بديناميات الأسرة، وإنما على ما يترتب على ذلك من مساعدة ودعم أفراد المجتمع للأسرة.

التماسك الأسري:

يعرف (٥٩) التماسك الأسري بأنه الارتباط الوجداني الحميم بين أفراد الأسرة فيما بينهم ومستوى الاستقلال الذي يشعرون به داخل منظومة الأسرة. وتتنوع درجة الترابط الوجداني بشدة سواء داخل الأسرة الواحدة أو بين الأسر بعضها وبعض، وتتأثر درجة الترابط بالثقافة والسن والمرحلة العمرية لأعضاء الأسرة. ويتوزع التماسك على بعد متصل يبدأ من الالتحام[١] الكامل ويمثل أقصى درجة، إلى الارتباط[٢] (درجة متوسطة إلى مرتفعة)، إلى الانفصال (درجة من متوسطة - منخفض)، إلى عدم الارتباط (ضعيف جداً) (٤٣). يميز النمط الأول من التماسك التوحد الزائد بالأسرة بما يؤدي إلى مستويات شديدة من الاتفاق، واستقلالية محدودة للأفراد. وفي العلاقات الارتباطية يكون هناك تقارب وجداني وولاء بين أعضاء الأسرة مع وجود صداقات وأنشطة ترويحية خارج حدود الأسرة. وتؤكد الأسر في هذا النمط قضاء وقت معًا. على عكس الأسر التي يسودها الانفصال[٣] حيث الأنشطة والاهتمامات المشتركة محدودة بين أعضاء الأسر الذين يقضون وقتًا أطول خارج حدود الأسرة. في هذه الأسرة هناك بعض الحميمية ولكن أعضاء الأسرة يضعون الأولوية للاستقلالية. المستوى الأخير في المتصل وهو غير المرتبط[٤] وتتميز هذه الأسر

(1) Enmeshed.

(2) Connected.

(3) Separated.

(4) Disengaged

باستقلالية عالية وارتباط ضعيف حيث التعلق بالأسرة ضعيف (٤٢). وتضم مظلة التماسك مجالات نوعية عديدة. أحد هذه المجالات الذي يرتبط بصفة خاصة بهذا العرض هو الارتباط الوجداني ويتضمن الاندماج الأسري[1] والتفاعل بين الآباء والأبناء (٦٣).

التراحم/الاندماج الأسري:

التراحم الأسري النشط هو أحد المتغيرات التي ترتبط بالصمود. ويقصد بالاندماج الوجداني درجة تقييم أعضاء الأسرة لأنشطة بعضهم بعضاً وتعبيرهم عن الاهتمام بها (٢١). وهنا يكون التأكيد على مقدار الاهتمام وكذلك على أسلوب أعضاء الأسرة في التعبير عن اهتمامهم واعتبار كل منهم أنه رأس مال الأسرة. ويتوزع الاندماج الأسري على متصل يبدأ من الحد الأدنى إلى الأقصى أو الاندماج التام. أول مستوى على المتصل يشير إلى الافتقار للاندماج وهو الغياب الكامل للاهتمام أو عدم اعتبار عضو الأسرة أنه (عزوة). المستوى الثاني اندماج مفرغ من المشاعر ويشير إلى قدر من الاندماج، حيث يهتم أعضاء الأسرة ببعضهم بعضا على المستوى العقلاني. في المستوى الثالث وهو التراحم/ الاندماج النرجسي[2] يبدي أعضاء الأسرة اهتماماً ببعضهم بعضا ولكن إلى الدرجة التي تنعكس أو تعود على الفرد نفسه. المستوى الأمثل هو التراحم المتفهم[3]، حيث التفهم ويشير إلى الاندماج الأصيل فكل عضو في الأسرة يعمل لصالح الآخرين. والمستوى الخامس حيث الإفراط في الاندماج[4]. والمستوى الأخير حيث الاهتمام في حده الأقصى حتى ليصعب التمييز بين عضو وآخر (٢١) وذلك لدى الأسر التي يسود لديها الطابع التكافلي[5].

(1) Family Involvement.

(2) Narcissistic Involvement.

(3) Empathatic Involvment

(4) Over involvement.

(5) Symbiotic involvement.

ينمو الصمود والتوافق السليم لدى الأطفال من خلال خبرات وممارسات يسودها التفهم. وتتأثر النتائج التربوية إيجابيًا بالاندماج الأسري النشط، فمن خلال المشاركة الإيجابية يعيش الأطفال اتجاهات إيجابية نحو المدرسة يترتب عليها الانتظام في الذهاب للمدرسة، وتقل المشكلات السلوكية وتنمو عادات أفضل في الاستذكار وعمل الواجبات (١٠). يرتبط الاندماج الأسري بأداء أفضل لدى التلاميذ، وبصفة خاصة عندما يسود الأسرة مستوى أمثل من الاندماج يحصل الأطفال على درجات أعلى على مهام ما قبل القراءة (٣٠)، والقراءة (١١) والحساب (٢٥).

التفاعل بين الأبناء والآباء (ولي الأمر)

يعتبر التفاعل الوجداني بين الطفل وبين والديه عاملاً وسيطًا فيما يؤول إليه من نتائج نمائية. فالارتباط الفعال، ويعرف بأنه الرابطة الوجدانية بين الطفل ومن يرعاه، تزود الطفل بالإحساس بالأمان، وتؤكد له أن من يرعاه موجود بجانبه في أوقات الشدة (٤٨). ويرتبط بناء الارتباط الوجداني (العاطفي) باستجابات من يرعى الطفل في حجم قوتها ونوعيتها (٢١)، فالاستجابات التي يميزها الدفء والحساسية لحاجات الطفل تيسر الصمود والنمو التوافقي(٣٦).

الصلة بين استجابة من يرعى الطفل وأداء الطفل تتخلل العديد من مجالات النمو. ويرتبط نمط الاستجابة الغنية بالتواصل (١٢) بنمو اجتماعي وجداني إيجابي لدى الأطفال. ويقترن الارتباط بين الطفل ووالديه بصفة خاصة (١٣) بتقبل الأقران (٣٣) وبناء صداقات أفضل، ومستوى أعلى من الغيرية (الإيثار) والنمو الأخلاقي (٣٨). كما يهيئ الارتباط العاطفي الطفل للنمو المعرفي والتحصيل الدراسي، فالأطفال الذين لديهم علاقات ارتباط آمنة لديهم قدرات أفضل في حل المشكلات، وفي مهارات اللغة والتوافق المدرسي بصفة عامة، (٤٨). وعلى النقيض من ذلك حيث ترتبط العلاقات غير الآمنة بمستوى متدن من التمكن والاقتدار في المجال المدرسي (٥٨).

التواؤم الأسري

تواجه كل الأسر خلال رحلة الحياة مواقف تمثل تحديات للعلاقات بين أعضائها، وكذلك لعلاقات الأسرة باعتبارها وحدة بالمجتمع (٤٦). ويشير مفهوم تواؤمية الأسرة أو مرونة الأسرة إلى قدرتها على تعديل قواعدها وأدوارها وقيادتها حتى تحافظ على التوازن بين (أ) أعضاء الأسرة والأسرة باعتبارها وحدة (ب) الأسرة والمجتمع (٤٣) (٤٦). وتتفاوت الأسر في درجة التواؤمية لديها تبعًا لموقعها على متصل يبدأ من الجمود[1] حيث التواؤمية في حدها الأدنى ، إلى ثبات البنية[2] (من الحد الأدنى إلى المتوسط) ، إلى المرونة[3] (من الحد المتوسط إلى المرتفع ، إلى الفوضى[4] (مرتفع جدًا) (٤٣). وكما يحدث في التماسك فإن الدرجة المتوسطة من التواؤمية (أو المرونة) تسمح بدرجات أكبر من الأداء الأسري السليم مقارنة بالدرجات المتطرفة (الجمود والفوضى).

إن العلاقة التي تتصف بالجمود ، وهو أحد طرفي المتصل، يكون فيها شخص واحد يتحكم ويتخذ معظم القرارات، أما العلاقة التي تتصف بثبات البنية فتتميز بقيادة أسرية أكثر ديمقراطية حيث تسمح بالتشاور مع الأطفال قبل اتخاذ القرارات، مع مراعاة ثبات القواعد ويصاحب هذا الثبات حيز ضيق جداً من التغير في أدوار أعضاء الأسرة. أما الأسرة حيث العلاقات المرنة، فيكون لكل عضو من أعضاء الأسرة حقوق متساوية في القيادة واتخاذ القرار، فالعلاقات المرنة تسمح بالمناقشة المفتوحة بين الأطفال والآباء، كما تسمح بتغير القواعد ، وتقسيم الأدوار بين أعضاء الأسرة تبعاً لما يتناسب مع التطور والنمو. وفي الطرف الآخر نمط الفوضى وهي العلاقة التي تنقصها القيادة المتسقة.

---

(1) Rigid.

(2) Structured.

(3) Flexible.

(4) Chaotic.

لكي تقوم الأسر بوظائفها باعتبارها منظومة لابد أن يتوفر لها التواؤمية والاستقرار. ولذلك فإن الأسر القادرة على أن تحدد الأوقات المناسبة للمحافظة على الاستقرار أو الإقدام على التغيير أسر أكثر صحة وفعالية في الأغلب (٤٣). الأسر التي تنجح في تحقيق التواؤمية لديها (أ) مبادأة في تنشئة وتطوير أعضائها. (ب) فهم لأهمية الحفاظ على الأسرة باعتبارها وحدة (٤٥). وتأسيساً على ذلك هناك مكونان أساسيان لتواؤمية الأسرة: أنماط والدية جيدة ومهارات حل المشكلات، وتنمية مجموعة من المعتقدات والقيم داخل الأسرة . ويتسق هذا التصور مع الإطار الأيكولوجي الذي يتناول كلا من التفاعل بين أعضاء الأسر والعلاقات بين الأسرة والمجتمع باعتبارها نقاطا أساسية في تنمية الصمود في الأسرة.

أنماط الوالدية وحل المشكلات

إن ملاحظة أنماط الوالدية وممارسات حل المشكلات تساعدنا على الاستبصار بعمليات تواؤم الأسر، لأنها تكشف عن تواصل أعضاء الأسرة بعضهم ببعض وكيف يعدلون أدوارهم وعلاقاتهم مع مرور الزمن (١٥) (٤). وتعرف الأنماط الوالدية على أنها جميع الاتجاهات نحو الطفل والتي تصل إليه ، ويجتمع تأثيرها ليخلق مناخًا انفعاليًا (وجدانيًا) يعبر فيه الآباء عن سلوكهم (١٥). حدد (٤) ثلاثة أنماط للوالدية التسلطية[1] والمتسامحة[2] والسلطة الوسطية[3]. أما النمط التسلطي فيتميز بدرجة عالية من الضبط والسلطة مع الحد الأدنى من التفاوض حول معايير السلوك. وعلى عكس ذلك الآباء المتسامحون الذين يسمحون لأطفالهم بتنظيم أنشطتهم ومعاييرهم والقواعد التي يتبعونها بأنفسهم مع احتفاظ الآباء بإملاء قرارات محدودة. أما الوالدية

(1) Authoritarian.

(2) Permissive.

(3) Authoritative.

ذات السلطة الوسطية، وهي الأفضل فتتميز بالتوازن بين الحرية والمسئولية ، حيث ينشغل كل أعضاء الأسرة في عمليات حل المشكلات والتفاوض حول الحلول الوسط وإدارة الصراع.

يلعب نمط الوالدية والممارسات التي يتبناها من يرعى الطفل دوراً حاسماً في نمو الأطفال. ولقد ارتبط نمط الوالدية الوسطية بالتحصيل الأكاديمي المرتفع والعلاقات الإيجابية بالأقران ، والاستقلالية لدى الأطفال(٣١). وكذلك فإن ممارسات حل المشكلات في الأسرة ترتبط بمهارات العلاقات الاجتماعية وحل الصراعات لدى الأطفال(١٤). إن الممارسات الوالدية التي تتميز بنظام متسق وإيجابي ترتبط بالصمود في مواجهة الضغوط(٦٦). على عكس الحال في النمط التسلطي والنمط المتسامح فلا يرتبطان بنمو الأطفال أو نمو الصمود بنفس الدرجة.

ترتبط الوالدية التسلطية الخشنة غير المتسقة بالعدوانية اللفظية والمجادلة (٥) (٢٧)، ومشكلات المسلك (٢٤)، واضطراب المسلك (٥٦). إن قصور مهارة حل المشكلات يرتبط بكثير من مشكلات الأطفال بما في ذلك الاكتئاب (٤٩)، والانحراف في مرحلة المراهقة (٣٤)، وانخفاض الكفاءة النفسية الاجتماعية (٣٥).

المعتقدات والقيم المشتركة

تعتبر المعتقدات المشتركة بين أعضاء الأسرة أحد المكونات المهمة لتنمية التواؤمية في الأسرة، فالمعتقدات والقيم المشتركة أساسية في صمود الأسرة ، فهي تدعم أنماطا معينة في كيفية استجابة الأسرة للمواقف وأحداث الحياة الجديدة (٣) وما فيها من أزمات (٦٤). يرد هذا المفهوم الخاص بالمعتقدات والقيم والتوقعات المشتركة في الأدبيات العلمية تحت مظلة: مخطط الأسرة[1] (٤٠)، أو رؤية الأسرة للحياة (٤٧) ، أو الاتساق الأسرى[2] (٤١).

---

(1)Family Schema.

(2) Family Coherence.

يشير مخطط الأسرة القوى إلى الإيمان بالأسرة ورؤيتها في تفاعلها مع العالم رؤية جمعية "نحن" وليس"أنا"(٤٠). الأسر ذات المخطط القوى أكثر ميلا لإدراك الحياة من منظور واقعي دون توقع لحلول مثالية للصعاب التي تواجهها في الحياة (٤٠). ويشبه مفهوم مخطط الحياة مفهوم رؤية الأسرة للعالم(٤٧) (٢٩). وتتناول رؤية الأسرة للعالم رؤية الأسرة للواقع والبيئة ولموقفها في العالم. الأسر الصامدة لديها قيم مشتركة لجوانب الحياة الأسرية المهمة كالقضايا المالية وإدارة الوقت(٣٩). وبالنسبة لمفهوم الاتساق (٢) فيرتبط الاتساق الأسري بكل من مخطط الأسرة ورؤية الأسرة للعالم (٢٩). فيعرف الاتساق الأسري بأنه رؤية مشتركة للعالم داخل الأسرة وتشير إلى درجة الثقة في أن نتائج موقف ما سوف تكون إيجابية(٤١).

بناء الصمود في الأسر

كثيرًا ما تحتاج الأسر لمساندة المجتمع لتنمي الكفاءات التي تتسق مع الصمود. ومن بين أهداف العاملين في المجال المهتمين ببناء الصمود في الأسر تنمية التماسك والتفاعل الوجداني، وأنماط الوالدية الفعالة، والاندماج في الأسرة. ولتحقيق هذه الأهداف لابد من تمكين الأسرة وتنمية وظائفها. فلاشك أن تمكين الأسرة مكون أساسي لبناء الصمود، وتدعم نماذج التمكين الأسرة في تحديدها لحاجاتها، وتفعيلها لمواردها وتحقيقها لأهدافها من خلال تنمية كفاءاتها وقوتها وقدراتها الذاتية. وهذا يتناقض مع النماذج الأخرى التي تؤدي إلى اعتماد الأسرة على من يقدم لها الخدمات المتخصصة، حيث غالبًا تفشل في تنمية الموارد الشخصية أو منظومة المعتقدات الإيجابية. وينتج عن ذلك مهارات محدودة لتقدير الحاجات الشخصية وتفعيل الموارد الأسرية في المستقبل. إن أفضل تصور لتمكين الأسرة يتمثل من خلال منحى قياس مقومات الأسرة (١٧) ويتناول هذا المنحى العديد من المبادئ والمجالات التي تجتمع لتضع أساسًا لتقديم الخدمة (١٩).

خدمات مركزها الأسرة[1]

باختصار ووضوح تهدف الخدمات الموجهة للأسرة لتنمية طفل وآباء وأسرة ذات أداء وظيفي إيجابي، وزيادة احتمال أن يصبح أعضاء الأسرة أنفسهم أكثر محافظة على ما يحققونه من مكاسب سواء في بناء مهاراتهم أو توظيف مواردهم في تعاملهم مع حاجاتهم عبر الزمان. تستمد الخدمات المركزة على الأسرة أساسها من برنامج تدخلي له أربعة مبادئ(١٦) :(أ)حاجات الأسرة هي أساس جهود التدخل. (ب) استخدام جوانب القوى والإمكانات الذاتية لتفعيل موارد الأسرة وتحريكها وتحسين قدراتها. (ج) استخدام شبكة اتصال الأسرة للحد الأقصى باعتبارها مصدرا للدعم. (د) استخدام السلوكيات المساعدة التي تحسن اكتساب الكفاءات. وسوف نعرض فيما يلي هذه المبادئ بالإضافة إلى مبدأ خامس خاص بأهمية نواتج خدمات الأسرة ومعظم المعلومات مستمدة من كتابات (١٦) (١٨) (٢٠).

حاجات الأسرة هي الأساس في توجيه جهود التدخل.

إن المنطق من تأسيس جهود التدخل الموجهة للأسرة هو ما تراه وما تعتبره الأسرة كأولويات، حيث إن الأسرة هي الأكثر قدرة على تحديد احتياجاتها التي قد تخفي على الآخرين، كما أن الالتزام بالتغيير المرتبط بالخدمات المقدمة أو الذي تتطلبه الخدمات المقدمة يكون في أحسن الاحتمالات حين تحدد أو تقرر الأسرة احتياجاتها بنفسها. ويمكن للعاملين في المجال أن يساعدوا الأسر في تحديد الأهداف المرحلية على المدى القصير والمدى الطويل وفي استخدام استراتيجيات للمساعدة في وضع خطة التدخل وذلك من أجل بناء الصمود في الأسرة.

---

(1) Family Centered service.

من خلال العمليات التي تحسّن قدرة أفراد الأسرة على تحديد احتياجاتهم بأنفسهم وتنمية مهاراتهم، تساعد الخدمات المقدمة للأسرة أفراد الأسرة على المشاركة بإيجابية في تحسين حياتهم. فالأسرة تنشغل في تحديد احتياجاتها وتفعيل ما لديها من موارد وتحقيق ما وضعته من أهداف وذلك من خلال تنمية قدرات أفراد الأسرة وجوانب القوة لديهم. من خلال هذه العمليات يمكن تحقيق نتائج إيجابية في مجالات الحياة المختلفة.

استخدام قدرات الأسرة وجوانب القوى لديها لتفعيل وتحريك مواردها.

الاعتقاد الأساسي وراء الخدمات المركزة على الأسرة أن كل الأسر لديها قوى وقدرات، ومع ذلك فهناك ظروف داخلية أو بيئية تضع تحديات للأسر، وبالتالي تحد من قدرتها على استخدام ما لديها من قوى، ولكي نبنى الصمود في الأسرة لابد من مساعدة أعضائها على تحديد ما لديهم من قوى واستخدامها وتنشيطها من أجل تحقيق الأهداف التي وضعوها لأنفسهم (٢٦).

توسيع الشبكة الاجتماعية والمساندة إلى الحد الأقصى.

إن تنمية التعاون والشراكة داخل الأسرة وبين الأسر أمر أساسي لتيسير تنمية الأسر للصمود، والارتباط داخل الأسرة وخارجها وبناء شبكة اتصال إيجابية ومبادئ إيجابية يساعد أعضاء الأسرة على توظيف مواردها والاستفادة من مصادر للدعم كانت متاحة لها، ولكنها لم تكن تدركها أو تنتبه لوجودها. تشير فكرة المشاركة إلى أن أعضاء الأسرة شركاء متساوون في تحديد الحاجات والأهداف، وتصميم الاستراتيجيات والخطط وتقييم النتائج عند استخدام البرامج والموارد (١٠). وهكذا فالخدمات لا تقدم إلى الأسر أو من أجل الأسر، ولكن مع أعضاء الأسر باعتبارهم شركاء ومشاركين.

تعتبر المدرسة نظامًا تفاعليًا أساسيًا بالنسبة للأسر التي يوجد فيها أطفالهم، فالفصل والمدرسة يمثلان مجالاً مهمًا للنمو، والمعلمون أشخاص لهم قيمة ومعنى في حياة الأطفال(٤٨) (٥١). إن إقامة الشراكة بين الأسرة والمدرسة حاسمة لتعظيم نمو إمكانات الطفل. حيث إن التأكيد على العلاقة الإيجابية البناءة بنظم اجتماعية أساسية أخرى (كالمدرسة) يمكن أن تكون وسيلة في مساعدة أفراد الأسر على بناء قدراتهم واستخدام ما لديهم من موارد من أجل نمو أطفالهم(١٨).

استخدام سلوكيات تيسر اكتساب الكفاءات.

عند بناء الصمود في إطار عمل يؤكد على أن الأسرة مركز الخدمات ، يتركز دور العاملين على بناء القدرات. ويبدأ بناء القدرات بفهم وتقبل "موقف الأسرة الراهن"، وليس استخدام استراتيجيات لمعالجة المشكلات أو إصلاح أوجه القصور. إذ إن مناحى التركيز على الأسرة تسعى لتنمية كفاءات الأسرة والأطفال. أما المناحى التي تبنى على تصحيح المشكلات فتنتهي إلى نتائج محدودة للغاية وغالبًا إلى حلول قصيرة المدى لمشكلة راهنة. ولبناء صمود الأسر لابد أن تهتم الخدمات بالسلوكيات التي تؤدي إلى النمو، فتنمية القوى والمقومات والمهارات تؤدي إلى الحفاظ على الموارد وعلى مواجهة العديد من التحديات التي تظهر في المستقبل.

الاهتمام بالعمليات قدر الاهتمام بالنتائج.

لا يقتصر الاهتمام (التأكيد) في الخدمات المتمركزة في الأسرة ، على النواتج فقط، ولكن العمليات التي يوظفها العاملون لمساعدة الأسرة، هي حجر الزاوية في الخدمات التي توجه للأسرة . إن مساعدة أعضاء الأسرة على تحديد احتياجاتهم وتقدير أولوياتهم ووضع أهداف معقولة وتصميم خطط مناسبة كلها تعتبر فرصا للأسرة لتحقيق نتائج إيجابية تتعاظم مع الوقت. علاوة على ذلك فإن الاستراتيجيات

المناسبة والمتاحة للأسرة والتي تحقق نتائج إيجابية، وتقدم معرفة ومهارات جديدة سوف تستخدمها الأسرة في المستقبل عند مواجهة احتياجات مشابهة.

رغم أن مبادئ الخدمات الموجهة للأسرة كانت موجودة منذ أكثر من عقد، فإن النماذج ذات المصداقية الواقعية والتي يمكن أن توجه الممارسة في المجال غير متوفرة. حيث تقدم نماذج الإرشاد هيكل للخدمات التي تنمي اكتساب الكفاءات وتحقيق الأهداف. على الرغم من وجود أشكال متعددة من نماذج الإرشاد في الأدبيات (٢٨) فإن الإرشاد السلوكي هو الأكثر تحقيقًا للتدعيم الإمبريقي.(٥٥) (٥٤). نشأ الإرشاد السلوكي المشترك[1]، وهو مستمد من الإرشاد السلوكي، وكان له أهداف محددة تتعلق بحاجات الأطفال، وبناء شراكة عبر النظم المختلفة وتنمية مهارات الأسر. وسوف نعرض لهذا النموذج فيما يلي مع لفت الانتباه إلى قدرته على تنمية صمود الأسرة.

الإرشاد السلوكي المشترك

الإرشاد السلوكي المشترك هو صورة محددة وغير مباشرة لتقديم الخدمات، حيث يتواصل الآباء والمعلمون للعمل معًا لمواجهة الحاجات التعليمية والاجتماعية والسلوكية للطفل أو المراهق، الذي يتحمل الطرفان – الوالدان والمعلمون – المسئولية حياله (٥٣). في الإرشاد السلوكي المشترك ينشغل الآباء والمعلمون في عملية محددة لحل المشكلات مع مرشد ليتعاونوا من أجل مواجهة حاجات الأطفال في المنزل والمدرسة. ويعمل الآباء والمعلمون معًا مسترشدين للمشاركة في تحديد احتياجات الأطفال، وتصميم برامج التدخل التي تخاطب هذه الاحتياجات ، وتطبيقها، وتقييمها.

على أساس المنظور الأيكولوجي يعتبر الإرشاد السلوكي المشترك أن الأسر لا توجد في فراغ، وأن الأطفال ينشطون داخل وعبر نظم متعددة في بيئتهم (٦)

(1) Conjoint behavioral consultation.

(٥٥). النظامـان الأسـاسـيان في حـياة الأطفـال هـما المنزل والمدرسة. ويقـر الإرشـاد السلوكي المشترك أن الأطفال والأسر والمدارس وغيرها من النظم بينها تأثيرات ثنائية الاتجاه ومتبادلة فيما بينها، وأن الاتصال بين النظم ضروري لتيسير النتائج الإيجابية للأطفال. ويحافظ الإرشاد السلوكي المشترك على هذا التواصل بالجمع بين الأسر والمدارس والنظم المعاونة بطريقة تكاملية من أجل مواجهة حاجات الأطفال. ويقر الإرشاد السلوكي المشترك بالدور الحيوي للأسر ويضم أعضاء الأسرة باعتبارهم مشاركين متساوين في عملية حل المشكلات.

تبنى خدمات الإرشاد السلوكي المشترك على مبادئ عدة تتوازى مع مفاهيم التمركز حول الأسرة (جدول ١-١١). وتسمح طبيعة الخدمات غير المباشرة للاختصاصيين بالعمل مع الأسر وغيرهم من المتعاملين مع الأطفال (مثل المعلمين) ، وهم أصحاب المسئولية المطلقة في تطبيق البرامج والخطط. وتسعى برامج الإرشاد السلوكي المشترك لتمكين الأفراد (بما في ذلك الأسر)، لكي يصبحوا أكثر قدرة على حل المشكلات، ومواجهة الحاجات، وتحقيق التطلعات وذلك بتحسين اكتساب الكفاءات التي تدعم وتقوى الأداء بطريقة تسمح للأفراد والجماعات بإحساس أكبر بأنهم يتحكمون في مسار نموهم (١٧). ويتم تطبيق الإرشاد السلوكي المشترك كغيره من البرامج المتمركزة حول الأسرة استجابة لاحتياجات الأسر، ويبنى الكفاءات والصمود بين الأفراد، ويشجع المشاركة والتعاون بين النظم (٢٠).

جدول ١-١١

خصائص الخدمات النابعة من الأسرة والإرشاد السلوكي المشترك

خصائص الخدمات التي تراعى الثقافة النابعة من الأسرة (١٧)	مبادئ الاستشارة السلوكية المشتركة (٥٤)
* من يقدم المساعدة: * يوظف الاستماع النشط المتأمل. * يساعد العملاء على توضيح حاجاتهم وما يشغلهم. * يقدم المساعدة استجابة لحاجات من يطلب المساعدة. * يقدم المساعدة بما يتفق لتقدير من يطلب المساعدة لحاجاته. * يحسن من اكتساب الكفاءات اللازمة لمواجهة الحاجات، وحل المشكلات، وتحقيق الطموحات. * يسمح أن يكون مركز اتخاذ القرارات داخل أعضاء الأسرة. * يحسن علاقات المشاركة والتعاون بين الوالدين والمتخصصين لميكانيرم لمواجهة الاحتياجات. * يتعامل مع النظم المختلفة بإيجابية ومبادأة. * يركز على الأهداف المشتركة بين النظم المختلفة وليس على المشكلات داخلها.	* المرشد: * يستخدم أسئلة مفتوحة ويلخص ما يدور ضمانًا للفهم. * يقدم المساعدة التي تتسق مع احتياجات الوالدين. * لا يحدد السلوك أو التدخل المستهدف بعيداً عن أولويات الوالدين. * يستخدم استراتيجيات التدخل وجمع البيانات على أساس ما يناسب بيئة الأسرة. * يركز على المهارات والقوى والكفاءات القائمة فعلاً. * يخلق فرصًا للأسر لتكتسب المعرفة اللازمة لتدبير أمورها (حل المشكلات، استراتيجيات اتخاذ القرار المبني على المعلومات، وبعض التدخلات المحددة). * يشجع على تعميم المهارات التي تم اكتسابها لحل المشكلات في المستقبل. * يركز على تنمية الإحساس بالكفاءة الذاتية والتمكن لدى الوالدين. * ينمي التعاون في حل المشكلات. * ينمي المشاركة في المسئولية حيال المشكلات وحلها بين الأسرة والمدرسة. * يساعد الوالدين على تعلم استراتيجيات للعمل عبر النظم المختلفة للاستجابة لحاجات الطفل.

يتكون الإرشاد السلوكي المشترك من أربع مراحل يتم تطبيقها بأسلوب تعاوني. ثلاث مراحل من الأربع تتم في إطار مقابلة محددة مع الآباء والمعلمين. والمراحل هي: (أ) تحديد الاحتياجات المشتركة. (ب) تحليل الاحتياجات. (ج) تخطيط التطبيق. (د) تخطيط التقييم(٥٤). في مرحلة تحديد الاحتياجات يعمل المرشدون مع الآباء والمعلمين لتحديد احتياجات الأطفال في البيت والمدرسة، ويقرر المسترشدون ما يرونه هدفًا للتدخل، ويساعد المرشدون الآباء والمعلمين في تحديد الإجراءات لجمع البيانات الأساسية عن السلوكيات المستهدفة عبر المواقف المختلفة في مرحلة تحليل الاحتياجات المشتركة، ثم يقيم الآباء والمعلمون البيانات الأساسية ويقررون الأهداف السلوكية للطفل ويناقشون العوامل المتنوعة التي يمكن أن تؤثر على السلوك المرتبط بالهدف. وتوضع الفروض من منطلق الظروف البيئية والوظيفية التي يمكن أن تسهم في حدوث هذا السلوك، وتوضع الخطة بالتعاون بين الأطراف لمواجهة احتياجات الطفل.

في المرحلة الثالثة يتم تطبيق الخطة. وفي هذه المرحلة يقوم الآباء والمعلمون بتطبيق إجراءات التدخل في المنزل والمدرسة وتدعيم التطبيق في كلا المجالين. ويظل المرشد على اتصال وثيق بالآباء والمعلمين أثناء تطبيق التدخل لتقديم المساند، وضمان فهمهم للخطة، وتقديم المساعدة، وتدعيم جهود تدخل الآباء والمعلمين، وتقرير ما إذا كانت هناك حاجة لتعديل في الخطة . المرحلة الأخيرة في الإرشاد السلوكي المشترك هي تقييم مشترك للخطة ، في هذه المرحلة يفحص الآباء والمعلمون البيانات السلوكية التي جمعت لتقييم تأثير العلاج وتحديد ما إذا كان الهدف من الإرشاد قد تحقق في المنزل والمدرسة. ويناقش الفريق خطة للاستمرار في التدخل أو لتعديله أو إنهائه على أساس ما أحرزه الطفل من تقدم نحو هدفه، وعلى أساس قدرة الأسرة على المحافظة على هذا التقدم .

أهداف الإرشاد السلوكي المشترك

يقدم الإرشاد السلوكي المشترك الذي تناولناه في الجزء السابق صيغة منطقية وعملية لتحويل مبادئ الخدمات المتركزة حول الأسرة إلى إجراءات، حيث يوجه

الإرشاد السلوكي المشترك نحو هذه المبادئ المهمة بصورة مباشرة. ويقابل أهداف الخدمات المتمركزة حول الأسرة والتي لخصناها في الجزء السابق أهداف مهمة للإرشاد السلوكي المشترك هي: (أ) توجيه الجهد نحو الحاجات التي أقرها المسترشدون لأطفالهم. (ب) تكوين شراكة. (ج) تنمية وتعظيم مهارات وكفاءات المسترشدين (٥٥). وفيما يلي نناقش أهداف الإرشاد السلوكي المشترك ومبادئ الخدمات المتمركزة حول الأسرة.

- **مخاطبة ما يراه المسترشدون من احتياجات أطفالهم**

الهدف الأساسي للإرشاد السلوكي المشترك هو الاستجابة بكفاءة لحاجات الآباء والمعلمين وغيرهم من المتعاملين مع الأطفال. هذه الحاجات هي جوهر الإرشاد وهي أساس الخدمات التي تقدم في المواقف المختلفة. ولا يقوم المرشدون في الإرشاد السلوكي المشترك بافتراضات حول حاجات الأسر وإنما يتيحون الفرص للأسر للتعبير عن أهدافهم. وهذا هو الهدف الرئيسي لمرحلة تحديد الحاجات في الإرشاد السلوكي المشترك.

كما ذكرنا سابقًا يتيح المرشدون الفرص للأسر لعرض حاجاتهم وترتيبها تبعًا لأولوياتهم بما يضمن أن الحاجات الأساسية تمت تغطيتها. وبهذه الطريقة فإن الحاجات التي يتناولها الإرشاد السلوكي المشترك هي أهم الحاجات بالنسبة للأسر، وهكذا يزيد احتمال تكريس الأسر لمواردهم المتاحة سواء فيما يتعلق بالوقت أو الجهد لجمع البيانات والتخطيط للتطبيق ، والتخطيط للتقييم ، والمحافظة على النتائج وتعميمها. كما يراعي المرشدون المرونة في عملية تحديد الأولويات من أجل التدخل. مثال لذلك قد يتبين الآباء في مرحلة جمع البيانات أنهم أخطئوا في تحديد الاحتياجات الخاصة بهم أو بأطفالهم وفي هذه الحالة يمكنهم تحديد أولويات جديدة خلال عملية الإرشاد السلوكي المشترك. هذه المرونة تساعد في ضمان الاستجابة لحاجات الآباء والأطفال.

وكذلك يتوخى المرشد المرونة في تصميم برامج التدخل ووسائل جمع البيانات أثناء عملية الإرشاد ، وفي مساعدة الأسر في تحديد ما يتناسب مع ثقافتهم وبيئتهم. يتوقف نجاح جمع البيانات على مدى كفاءة وفاعلية وتناسب الطرق التي تم جمع البيانات بها، وهي الطرق التي تتناسب مع النظام اليومي لحياة الأسرة. ويصدق نفس المبدأ على مرحلة اختيار أسلوب التدخل وتطبيقه. وكلما كانت الخطة مناسبة لنظام الأسرة وثقافتها، كان احتمال شعور الأسرة بالارتياح للتدخل وشعورها بالتمكن نتيجة لتطبيقه أكبر.

ويشجع المرشدون الأسر على تقدير العوامل التي تسهم أو تؤثر على السلوكيات المستهدفة ويتم هذا بصفة خاصة في مرحلة التحليل المشترك للحاجات. هذا التحليل يسمح لفريق الإرشاد بدراسة العوامل التي تسهم في سلوك الطفل بصورة دائمة (مثال: التفاعل السلبي مع الطفل، أو النظام اليومي غير الفعال، أو الافتقار للموارد).

- **استخدام جوانب القوى لدى المسترشد باعتبارها مدخلا لمواجهة المشكلات**

من الأشياء المهمة التي تتوفر في الإرشاد السلوكي المشترك إتاحته الفرصة لدراسة أو فحص القوى والكفاءة لدى المعلمين والأسر والتي يمكن استخدامها لمواجهة حاجات الأطفال. ويقر المرشدون أن المعلمين لديهم الخبرة في التدخل في البيئة وأن الأسر لديها مهارات وموارد (مثال: تدعيم التدخل في المنزل ، والتفاعل مع الأطفال ، ومعرفة تاريخ نمو الأطفال) وكلها تستخدم أثناء مواجهة حاجات الأطفال. ويحدد المرشدون القوى لدى الأسر وينمونها أثناء عملية الاسترشاد والتي تسهم بالتالي في تقدم التدخل، مثال لذلك، يقيم المرشد إجراءات التدخل التي تستخدمها الأسر فعلاً في الروتين اليومي ويؤكد عليها. إن التأكيد على القوى القائمة فعلاً لدى الأسر يعطي الأسرة إحساساً بالكفاءة الذاتية، حيث إنه اعتراف بقدراتهم على التأثير الإيجابي في حياة أطفالهم (١٨).

وبدلاً من التركيز على افتقار الأسرة للموارد التي تسمح لهم بمواجهة سلوك أطفالهم أو التأثير الإيجابي عليه، فإن المرشدين في الإرشاد السلوكي المشترك يخلقون جواً مساندًا للأسرة يسمح لمواردهم الفعلية أن تكون أساسًا تبنى عليه القوى و الصمود. مثل هذا المنحى المتمركز على القوى يؤكد على أن جوهر الإرشاد يرتكز على إمكانيات الأسرة، وليس على جوانب قصورها في مهارات الوالدية ومواردها. إن البناء على قوى الأسرة القائمة هو في الأساس قضية "الالتقاء مع الأسر حيث هم (١٨)، ورؤية أن لدى أعضاء الأسرة قوى توظف لمواجهة حاجات الأطفال. وهكذا يقدم المرشدون خدمات تتفق وتتسق مع حاجات المسترشدين.

• تعظيم الشراكة وشبكات المساندة

من المبادئ المهمة في تقديم الخدمات المتمركزة حول الأسرة تقوية المساندة الاجتماعية وتحسين الشراكة والتعاون بين النظم الاجتماعية (١٦). إن تركيز الإرشاد السلوكي المشترك على إقامة الشراكة بين المدرسة والمنزل هو التعبير الإجرائي المباشر لهذا المبدأ. ففي الإرشاد السلوكي المشترك تندمج الأسرة والمدرسة في التصدي لتحقيق أهدافها المشتركة لصالح الطفل. إن عملية الإرشاد السلوكي المشترك تسمح للمدارس والأسر بالمشاركة في اتخاذ القرار ويكون لديها مسئوليات متساوية في قياس احتياجات الأطفال والتوصل لحلول لها. وكذلك فإن المعلمين والآباء يشتركون بإيجابية في جمع البيانات وفي تطبيق برامج التدخل.

يقوم المرشدون والآباء والمعلمون باعتبارهم فريقا بفحص البيانات وتقييمها ليتحققوا من طبيعة حاجات الأطفال. ويقوم المرشد بتيسير العملية ولكن يعمل على أن يكون المعلمون والآباء مشتركين وهم من يحدد الأهداف ويضع الخطط ويطبقها. إن الاتفاق بين منظومة الأسرة ومنظومة المدرسة حول هدف مشترك يساعد في ضمان استمرار الشراكة بين من يقدمون الرعاية الأساسية للطفل (الآباء والمعلمون) في النظم الاجتماعية الداعمة (المنزل والمدرسة)، وهكذا يتأكد نجاح الأطفال في الحاضر والمستقبل.

- تنمية المهارات والكفاءات وتعظيمها لدى الآباء والمعلمين

هناك هدف مهم آخر للإرشاد السلوكي المشترك وهو تعظيم اكتساب الكفاءات والمهارات والمعرفة (٢٠) (٥٤). وتحقق عمليات الإرشاد السلوكي المشترك هذا الهدف من خلال مساندة الأسرة وتوجيهها للانشغال في تحديد الأهداف والتوصل للحلول. من خلال الانشغال الإيجابي ، يجمع الآباء والمعلمون وغيرهم من القائمين على رعاية الأطفال المعرفة اللازمة حول مظاهر العمليات التي يقومون بها ، مثل أهمية تحديد وتعريف حاجات الطفل وحاجات الأسرة، وتقدير وتحديد العوامل التي يمكن أن تسهم في المحافظة على سلوك معين، تفعيل وتنشيط قوى الأسرة ومواردها، وتخطيط التدخلات لتحقيق النواتج الإيجابية.

من خلال عملية الإرشاد السلوكي المشترك تتعلم الأسر كيف تضع أولوياتها فيما يهمها بالنسبة لأطفالها. ويساعد المرشدون الآباء في مرحلة تحديد الاحتياجات على تحديد السلوكيات الخاصة والمرتبطة بهذه الاحتياجات كي يستهدفها التدخل ، وكذلك تناقش الاستراتيجيات التفصيلية لمراقبة وتقييم اهتمامات الآباء والمعلمين (مثلاً طرائق جمع البيانات وتقييمها). خلال عملية الإرشاد، يجمع الآباء والمعلمون البيانات على مر الزمن وكذلك المعلومات عن ظروف البيئة التي يمكن أن تؤثر في الطفل. ويساعد المرشدون الآباء على استخدام هذه البيانات لتصميم تدخل له معنى للاستجابة لحاجات الأطفال. وبالمثل نستخدم البيانات للتوصل إلى أهداف ذات مصداقية اجتماعية كما تستخدم لمراقبة التقدم. القياس المستمر خلال عملية الإرشاد يعطي للآباء فهمًا أفضل لعملية اتخاذ القرار[1]. على أساس البيانات يتعلم الآباء الاستراتيجيات لتحديد ما إذا كانت الأهداف تم تحقيقها على أساس البيانات المتاحة وليس على أساس اعتبارات شخصية عن سلوك الأطفال. بالإضافة إلى ذلك يتعلم أعضاء الفريق إجراءات تعديل الخطط حين لا تتحقق الأهداف السلوكية. ومن خلال هذه العملية

(1) Data base decision making.

تتعلم الأسر قيمة استخدام البيانات لتوجيه اتخاذ القرار الخاص بتقدم الطفل وكفاءة التدخل.

كل هذه المهارات التي سبق ذكرها والتي تنمو من خلال المشاركة في عملية الإرشاد السلوكي المشترك توفر للأسر أدوات يمكن أن تستخدم لمواجهة حاجات الأسرة في المستقبل. وهكذا تصبح الأسر أكثر تمكنًا بمعرفة ما لديها من كفاءات وما تعاظم لديها من مهارات وما توفر لها من أدوات، مما يدعم الصمود داخل منظومة الأسرة.

REFERENCES

1- Adams, K. S., & Christenson, S. L. (2000). Trust and the family-school relationship: Examination of parent-teacher differences in elementary and secondary grades. *Journal of School Psychology, 38*, 477–497.

2- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.

3- Antonovsky, A., & Sourani, T. (1988). Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and Family Therapy, 50*, 79–92.

4- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence, 3*, 255–272.

5- Bayer, C. L., & Cegala, D. J. (1992). Trait verbal aggressiveness and argumentativeness: Relations with parenting style. *Western Journal of Communication, 56*, 301–310.

6- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*, 513–531.

7- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

8- Carlson, C. (1996). Best practices in working with single-parent and step-family systems. In A. Thomas and J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology III* (pp. 1097–1110). Washington, DC: National Association of School Psychologists.

9- Christenson, S. L., Rounds, T., & Gorney, D. (1992). Family factors and student achievement: An avenue to increase students' success. *School Psychology Quarterly, 7*, 178–206.

10- Christenson, S. L., & Sheridan, S. M. (2001). *Schools and families: Creating essential connections for learning*. New York: Guilford.

11- Clark, R. M. (1988). Parents as providers of linguistic and social capital. *Educational Horizons, 66*, 93–95.

12- Clark, K. E., & Ladd, G. W. (2000). Connectedness and autonomy support in parent-child relationships: Links to children's socioemotional orientation and peer relationships. *Developmental Psychology, 36*, 485–498.

13- Cohn, D. A. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development, 61*, 152–162.

14- Costigan, C. L., Floyd, F. J., Harter, K. S., & McClintock, J. C. (1997). Family process and adaptation to children with mental retardation: Disruption and resilience in family problem-solving interactions. *Journal of Family Psychology, 11*, 515–529.

15- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin, 113*, 487–496.

16- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1987). Enabling and empowering families: Conceptual and intervention issues. *School Psychology Review, 16*, 443–456.

17- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1994). What is effective helping? In C. J. Dunst, C. M. Trivette, & A. G. Deal (Eds.). *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices* (pp. 162–170). Cambridge, MA: Brookline Books.

18- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Davis, M., & Cornwell, J. (1988). Enabling and empowering families of children with health impairments. *Children's Health Care, 17*, 71–81.

19- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline.

20- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1994). *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline.

21- Epstein, N. B., Bishop, D., Ryan, C., Miller, I., & Keitner G. (1993). In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 138–160). New York: Guilford.

22- Fields, J. (2003). *Children's living arrangements and characteristics: March 2002*. Current Population Reports, P20-547. Washington, DC: U.S. Census Bureau.

23- Fields, J., Smith, K., Bass, L., & Lugaila, T. (2001). *A child's day: Home, school, and play (Selected indicators of child well-being)*. Current Population Reports, P70-68. Washington, DC: U.S. Census Bureau.

24- Frick, P. J. (1993). Childhood conduct problems in a family context. *School Psychology Review, 5*, 376–385.

25- Galloway, J., & Sheridan, S. M. (1994). Implementing scientific practices through case studies: Examples using home–school interventions and consultation. *Journal of School Psychology, 32*, 385–413.

26- Garbarino, J. (1982). *Children and families in the social environment*. New York: Aldine.

27- Grusec, J., & Goodnow, J. J. (1994). The impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology, 30*, 4–19.

28- Gutkin, T. B., & Curtis, M. J. (1999). School-based consultation theory and practice: The art of science and indirect service delivery. In C. R. Reynolds & T. B. Gutkin (Eds.), *The handbook of school psychology* (pp. 598–637). New York: Wiley.

29-Hawley, D. R., & De Haan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process, 35*, 283–298.

30-Hill, N. E. (2001). Parenting and academic socialization as they relate to school readiness: The roles of ethnicity and family income. *Journal of Educational Psychology, 93*, 686–697.

31-Keith, P. B., & Christenson, S. L. (1997). Parenting styles. In G. G. Bear, K. M. Minke, & A. Thomas (Eds.), *Children's needs II: Development, problems and alternatives* (pp. 559–566). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

32-Kellaghan, T., Sloane, K., Alvarez, B., & Bloom, B. S. (1993). *The home environment and school learning: Promoting parental involvement in the education of children*. San Francisco: Jossey-Bass.

33-Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perception of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology, 32*, 457–466.

34- Krinsley, K. E., & Bry, B. H. (1991). Sequential analyses of adolescent, mother, and father behaviors in distressed and nondistressed families. *Child and Family Behavior Therapy, 13*, 45–62.

35-Leaper, C., Hauser, S. T., Kremen, A., Powers, L. I., Jacobson, A. M., Noam, G. G. et al. (1989). Adolescent–parent interactions in relation to adolescents' gender and ego development pathway: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence, 9*, 335–361.

36-Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4, Socialization, personality, and social development* (pp. 469–546). New York: Wiley.

37- Masten, A., & Coatsworth, J. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist, 53*, 205–220.

38- MacDonald, K. (1992). Warmth as a developmental construct: An evolutionary analysis. *Child Development, 63*, 753–773.

39- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations, 37*, 247–254.

40- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A., & Thompson, A. I. (1993). Resiliency in families: The role of family schema and appraisal in family adaptation to crises. In T. H. Brubaker (Ed.), *Family relations: Challenges for the future* (pp. 153–177). Newbury Park, CA: Sage.

41- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., Thompson, E. A., Elver, K. M., & McCubbin, M. A. (1994). Ethnicity, schema, and coherence: Appraisal processes for families in crisis. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.), *Sense of coherence and resiliency: Stress, coping and health* (pp. 41–67). Madison, WI: University of Wisconsin Press.

42- McLanahan, S., & Sandefur, G. (1994). *Growing up with a single parent: What hurts, what helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

43- Olson, D. (1993). Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 104–137). New York: Guilford.

44- Olson, D., Sprenkle, D., & Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process, 18*, 3–28.

45- Patterson, J. M. (2002a). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family, 64*, 349–360.

46- Patterson, J. M. (2002b). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 233–246.

47- Patterson, J., & Garwick, A. (1994). Levels of family meaning in family stress theory. *Family Process, 33*, 287–304.

48- Pianta, R. C., & Walsh, D. J. (1996). *High-risk children in schools: Constructing sustaining relationships.* New York: Routledge.

50- Sanders, M. R., Dadds, M. R., Johnston, B. M., & Cash, R. (1992). Childhood depression and conduct disorder: I. Behavioral, affective, and cognitive aspects of family problem-solving interactions. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 495–504.

51- Seccombe, K. (2002). "Beating the odds" versus "changing the odds": Poverty, resilience, and family policy. *Journal of Marriage and Family Therapy, 64*, 384–394.

52- Sheridan, S. M., & Gutkin, T. B. (2000). The ecology of school psychology: Examining and changing our paradigm for the 21st century. *School Psychology Review, 29*, 485–502.

53- Sheridan, S. M., Erchul, W. P., Brown, M. S., Dowd, S. E., Warnes, E. D., Marti, D. C., Schemm, A. V., & Eagle, J. W. (2004). Perceptions of helpfulness in conjoint behavioral consultation: Congruity and agreement between teachers and parents. *School Psychology Quarterly, 19*, 121–140.

54- Sheridan, S. M., & Kratochwill, T. R. (1992). Behavioral parent-teacher consultation: Conceptual research considerations. *Journal of School Psychology, 30*, 117–139.

55- Sheridan, S. M., Welch, M., & Orme, S. F. (1996). Is consultation effective? A review of outcome research. *Remedial and Special Education, 17*, 341–354.

56- Short, R. J., & Shapiro, S. K. (1993). Conduct disorders: A framework for understanding and intervention in schools and communities. *School Psychology Review, 22*, 362–375.

57- Stevenson, D. L., & Baker, D. P. (1987). The family-school relation and the child's school performance. *Child Development, 58*, 1348–1357.

58- Sroufe, L. A. (1989). Pathways to adaptation and maladaption: Psychopathology as developmental deviation. In C. Ciçchetti (Ed.), *Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol. 1, Emergence of a discipline* (pp. 13–40). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

59- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1997). *Families, professionals, and exceptionality: A special partnership.* Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

60- U.S. Census Bureau. (2000). *U.S. Census of Population and Housing.* Washington, DC: Author.

61- U.S. Census Bureau. (2003). *March current population survey.* Washington, DC: Author.

62- Walberg, H. J. (1984). Families as partners in educational productivity. *Phi Delta Kappan, 65*, 397–400.

63- Walsh, F. (1993). Conceptualization of normal family processes. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (2nd ed., pp. 3–69). New York: Guilford.

64- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process, 35*, 261–281.

65- Welch, M., & Sheridan, S. M. (1995). *Educational partnerships: Serving students at risk.* San Antonio, TX: Harcourt Brace.

66- Wymen, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., & Parker, G. R. (1991). Developmental and family milieu correlates of resilience in urban children who have experienced major life stress. *American Journal of Community Psychology, 19*, 405–426.

الفصل الثاني عشر

الصمود لدى الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة

شادى هو شيار وجان كوفمان

يعتبر سوء معاملة الأطفال مشكلة مجتمعية ملحة. فهناك ما يقرب من مليون تقرير موثق سنويًا عن سوء معاملة الأطفال (١٢١) كما أن هناك العديد من الحالات المتعلقة بسوء معاملة الأطفال الواقعية التي لم تسجل (٦٥). وإعداد لا تحصى لحالات لم تصل إلى السلطات المسئولة (١٣٦). وقد أشارت البحوث المتعمقة إلى أن هناك العديد من المترتبات السلبية مرتبطة بسوء معاملة الأطفال تشمل قصور في العلاقات بين الأفراد وقصور في التنظيم الوجداني وفي التنمية الذاتية (٧) (٣١) (٣٨) (٨٧)، بالإضافة إلى الزيادة في معدلات التشخيصات النفسية المتعددة (٢٢) (٢٣) (١) (٣٩). ورغم أنه ليس من الضروري أن جميع الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة ساءت حالتهم النفسية، فإن كثيرًا منهم واجهوا مشكلات نفسية، مرتبطة بالمسار الفسيولوجي المرضي الطويل الأجل واضطراب ما بعد الصدمة، والذي ترتب عنه الاكتئاب والاضطرابات السلوكية التي تشكل الآثار النفسية الخاصة بهؤلاء الأطفال الذين أسيئت معاملتهم (١٥) (٢١) (٤٠) (٦١) (٩١) (١٠٤) (١٣٥).

نظرًا للتدهور والآثار البعيدة المدى المتعلقة بسوء المعاملة، هناك حاجة دائمًا للبحوث في هذا المجال، حيث إن للتطبيق الإطار الخاص بالصمود قد يكون مفيدًا بصفة

قام بترجمة ومراجعة هذا الفصل الأستاذ الدكتور/ حيدر غالب، الأستاذ بكلية الطب بجامعة القاهرة.

خاصة في توجيه بحوث إساءة معاملة الأطفال بشرط أن ترتكز تلك البحوث على ما يلي: أ- تمهيد الطريق لتطبيق الإيجابي على الأطفال الذين أسيئت معاملتهم. ب- دراسة كيف استطاع الأطفال الذين تعرضوا للعوامل والضغوط الخطرة التي تشمل الإصابات الجسدية والإهمال داخل السياق الأسري من تخطي تلك العقبات وحققوا نتائج عكس المتوقع[1].

إن بحوث الصمود تستكشف الوسائل والوسائط والميكانيزمات التي تيسر التواؤم الإيجابي وترشد إلى إعداد سياسات تنفيذية هادفة تعالج هذه القضية بهدف السيطرة والحد من الآثار الهادمة الناتجة عن سوء معاملة الأطفال.

وفي الوقت الحالي أرسى رواد الباحثين القواعد المتينة لبحوث الصمود في شكل تقارير نظرية وتطبيقية (٢٨) (٢٩) (٣٠) (٤٤) (٤٥) (٧٧) (٧٨) (٧٩) (٨٤) (٨٥) (٨٦) (١٠٦) (١٠٧) (١٠٨) (١٢٨) (١٢٩) (١٣٠) اتسمت بالشمولية والاتساع الفكري. فالأعمال المبكرة التي قام بها الباحثون أدت إلى إنجازات متميزة لوضع المفاهيم والتطبيقات وكذلك نشر مفهوم بحوث الصمود اللازمة لذلك. ونتيجة للتقدم الملحوظ في بحوث الصمود، التي تناولت الجوانب النظرية والتطبيقية حدد الباحثون عدة عوامل وميكانزمات وقائية تسهم في بناء الصمود لدى الجماعات المعرضة للأخطار الجسيمة.

إن أحد العوامل الوقائية أو المعدلة التي أدت إلى نتائج إيجابية لدى الأطفال الذين أسيئت معاملتهم هو وجود شخص مساند متوازن قام برعايتهم. فمن أهم المقومات التي تفرق بين أشخاص أسيئت معاملتهم في طفولتهم المبكرة وتجاوزوا المشكلات بكفاءة وبين أولئك الذين انتهى بهم الأمر إلى نتائج متدنية، هو وجود والد أو والدة أو من قام برعايتهم وكان واعيًا لمهمته في رعاية هؤلاء الأطفال (٧) (٢٣) (٦٢) (١٠٤). إن وجود رعاية واعية للأطفال تقلل من احتمالات حدوث اضطرابات ما

---

(1) Beat the odd.

بعد الصدمة والاضطرابات الاكتئابية وظهور مشكلات سلوكية كما ارتبط بأداء مدرس أفضل (٢٣) (٦٢)(١٠٤). وقد أفاد الراشدون الذين تعرضوا لسوء المعاملة في طفولتهم وذكروا أنهم وجدوا رعاية (١٠٤) (٦١) وحققوا استقرارًا أسريًا ودعمًا ذاتيًا أعلى (٩٦) من الوالدين أو من الأب أو الأم أو الأم والأب البديل في طفولتهم ، قد استمروا في دراستهم لسنوات أطول من غيرهم ممن لم يحظوا بمثل هذه الرعاية (م). وتقلل من استمرار السلوك العدواني ضد المجتمع (٢٦) وتقلل من احتمالات التورط في علاقات جنسية (٢٦) (١٤٠) (٩٤) (١٤٠) (١٣٢) (٢٦) (٦٤) (١٤٠) كما أنها تؤدي إلى اكتساب مهارات أبوية/ أمومية وتقلل من معدل المشكلات عند رعاية الجيل التالي لهؤلاء الأطفال عندما يصبحون أمهات أو آباء.

تنظيم الفصل والإطار العام:

إن هذا الفصل تم تنظيمه باستخدام إطار الترجمة[1]، ونعني بالترجمة في البحوث الاجتماعية بتطبيق نتائج البحوث المعملية القبل إكلينيكية على حيوانات التجارب.

فالعلوم في العلوم السلوكية والاجتماعية بهذا المفهوم تستخدم المعلومات السلوكية الأساسية والتغيرات البيولوجية في حيوانات التجارب لخدمة الدراسات الإكلينيكية. وقد أصبح ذلك ممكنًا في ظل التقدم العلمي والتكنولوجي وتكامل بحوث المخ والسلوك، وكذلك التقدم في التصوير بالرنين المغناطيسي والوسائل البحثية في علوم الوراثة والجينات، وهذا بطبيعة الحال قد استرشد بنتائج البحوث القبل إكلينيكية على حيوانات التجارب التي اختبرت أثر الصدمة على السلوك وعلى التغيرات الفسيولوجية والمسارات العصبية والتغيرات الجينية (٢٤) (٨١).

مثال ذلك الدراسات التي تمت على مواليد الفئران بعد ولادتها مباشرة وفصلها (إبعادها) عن أمهاتها باعتبارها نموذجًا لما يحدث للأطفال المبتسرين أو لمن تضطرهم الظروف

(1) Translational Framework

الصحية إلى وضعهم في حضانات بعيدين عن أمهاتهم في الأيام الأولى من عمرهم، خاصة إذا طالت مدة إبعادهم عن أمهاتهم (١١٢) (١١٣) من هذه الدراسات تبين أن مواليد تلك الفئران أصبح سلوكهم سلبيًا، وكما ظهرت عليهم أعراض بيولوجية منها انخفاض إفراز هرمون النمو في هذه الفئران. وجدير بالذكر أنه قد تبين من هذه الدراسات أن عدم ملامسة شفتي المولود لثدي أمه وعلقه بلسانه يؤدي إلى انخفاض معدلات إفراز هرمون النمو خلال فترة بعده عن أمه (٥٨) هذا وقد أمكن تفادي تلك الظاهرة عندما أعطى المولود بديلاً عن علق ثدي أمه وذلك باستخدام فرشاة للرسم (مبللة) ليلعقها المولود (١١٣) كذلك فإنه في نفس الوقت تبين أن تدليك المولود المبتسر خلال فترة بعده عن أمه له أثر إيجابي ويعتبر أداءً ضروريًا في حالة غياب أمه أو وجوده في الحضانة، فقد وجد أنه عند تدليك الطفل تحدث زيادة في معدلات إفراز هرمون النمو وترتفع وكذلك معدلات الزيادة في وزن الطفل وتقصر مدة بقائه في الحضانة. كما أنه يزيد من المؤشرات القياسية للنمو في المهارات الحركية والاجتماعية لهؤلاء الرضع المبتسرين (١١٢) (١١٣). هذا وقد وجد كذلك أن تدليك مواليد الأمهات اللاتي يتعاطين الكوكايين أو المرضى بالإيدز يعتبر نموذجًا يبين أن البحوث العلمية الأساسية يمكن أن تستخدم لتنير الطريق لمعرفة الميكانزمات التي تؤدي إلى تلك الظاهرة (المشكلة)، (على سبيل المثال: عدم ملامسة الطفل يخفض هرمون النمو ويبطئ من نموه)، وكذلك ترشد هذه التجارب إلى استراتيجيات تنفيذية مبتكرة لهذه الجماعات البشرية المهددة بتلك الأخطار الجسيمة. (مثال ذلك ضرورة تدليك المواليد المبتسرين). هذه الدراسات تلقي الضوء على أن الميكانزمات (الآليات) البيولوجية قد تكون مسئولة عن إحداث نتائج سلبية (انخفاض معدلات هرمون النمو وما يؤدي إليه من عدم نمو الأطفال)، إلا أن التدخلات السيكولوجية مازالت فعالة ومجدية وقادرة على التغلب على تلك الظاهرة.

يتناول هذا الفصل الصمود عند الأطفال الذين أسيئت معاملتهم وقد قسم إلى سبعة أجزاء. **الجزء الأول**: يلقي الضوء على تكوين نظم الموصلات العصبية المرتبطة بالاستجابة للضغوط التي يتعرض لها الفرد. **الجزء الثاني**: يلقي الضوء على بعض

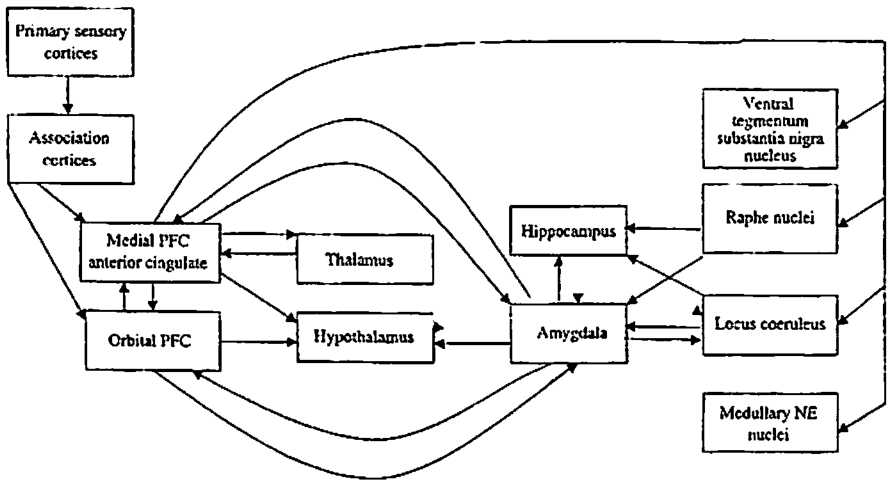
الدراسات المعملية قبل الإكلينيكية الخاصة بالآثار المبكرة للضغوط على بيولوجيا الجهاز العصبي. **الجزء الثالث:** يناقش الآثار التي لها دور في تعديل ما يترتب على تلك الخبرات. الجزء الرابع: يلقي الضوء على التشابه بين بيولوجيا الجهاز العصبي في حالات الضغوط في الطفولة المبكرة وما يحدث للكبار في حالات اضطرابات ما بعد الصدمة. **الجزء الخامس:** يناقش المسائل الخاصة بالنمو عند تطبيق تلك البحوث. **الجزء السادس:** يناقش بإيجاز العوامل التي تعدل الآثار المترتبة على الإساءة المبكرة للرضع في الدراسات الإكلينيكية. إن البيانات التي ستذكر في هذه الأجزاء من هذا الفصل سوف تشير مبدئيًا إلى ما يلي: أ- إن العوامل الوراثية والجينية تؤثر على ما سيحدث للأطفال الذين أسيئت معاملتهم. ب- إن الشخص الذي سيرعى ويساند الطفل، الذي أسيئت معاملته إيجابيًا يعتبر عاملاً وقائيًا مهمًا وحيويًا يقلل من احتمالات حدوث تلك التغيرات البيولوجية العصبية وما يترتب عنها. ج- إننا نحتاج لمزيد من العمل والدراسات لنفهم التداخل والتفاعل البيئي والوراثي الجيني، الذي يؤثر على نتائج سوء معاملة الأطفال. **الجزء السابع:** هذا الجزء خاص بالتطبيقات الإكلينيكية وستناقش في سياق القانون الخاص بالتنمية الأسرية وسلامة الأسرة (١) والتشريعات التي تهدف إلى تعزيز الأمان والاستقرار النفسي للأطفال الذين أسيئت معاملتهم. إن الهدف الأساسي لهذا الفصل هو إلقاء الضوء على جدوى البحوث البينية التي تجمع بين تخصصات متعددة في دراسات الصمود الخاصة بسوء معاملة الأطفال، مع التركيز على المجالات والتداخلات المتسعة من بيولوجيا الجهاز العصبي إلى السياسات المجتمعية.

نظم البنية الأساسية والناقلات العصبية(١) المتعلقة بالاستجابة للضغوط:

يستجيب المخ للضغوط بطريقة مركبة ومتناغمة مع استجابته للضغوط بصفة عامة أو للمكونات الخاصة بمثيرات ضاغطة محددة (٧٦). هذا مع العلم بأن هذه

المعلومات الخاصة بالمكونات البنائية والوظيفية لنظام الاستجابة للضغوط مازالت في مرحلة التكوين.

لذلك يعتبر هذا العرض عن الاستجابة للضغوط عرضًا ليس جامعًا ولا مانعًا، فهو يركز على العناصر الأساسية لنظم الضغوط ، ويؤكد على النظم البنائية والوصلات العصبية التي درست بطريقة مستفيضة في الدراسات المعملية القبل إكلينيكية عن طريق المتابعة طويلة المدى لأثر الضغوط المبكرة (على حيوانات التجارب)، وعلى القارئ أن يرجع إلى المراجع المذكورة التي تناقش مكونات نظام الضغوط سواءً كانت مركزية أو هامشية (٢٠) (٤٨) (٥٦) (٧٦) (٨٣) (١٢٢).

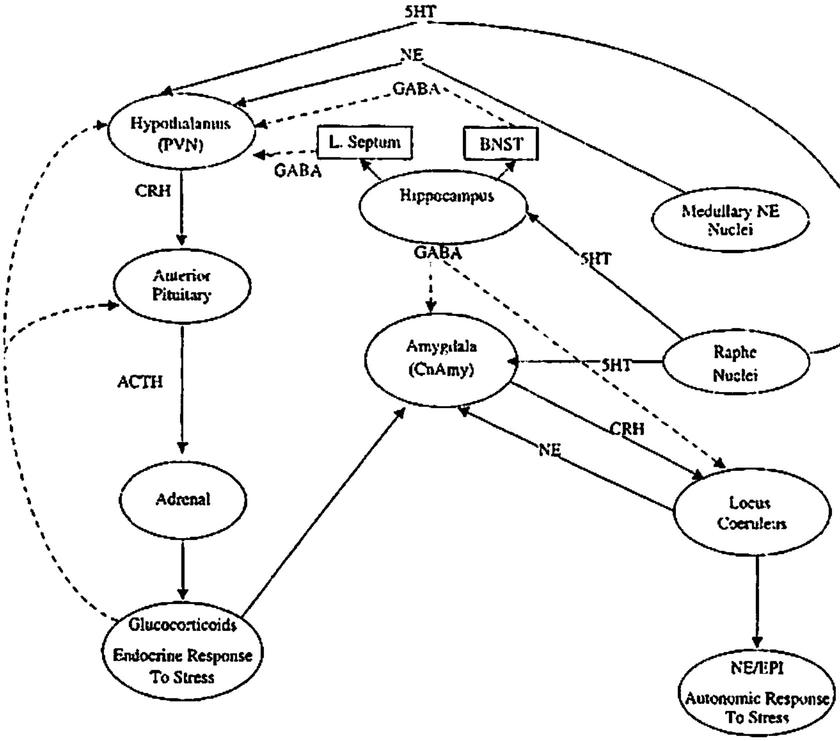


يمثل شكل (١٢-١) التشابكات التي تتم بين المناطق المختلفة للقشرة المخية والتحت قشرية المتعلقة بالاستجابة للضغوط (٦٣). هذا وهناك قدر كبير من الاهتمام ينمو ويتزايد ليؤكد دور مدخلات القشرة المخية مع القشرة الأنسية أمام الجبهية (٢) (Medial Prefrontal) والنطاق الأمامي (٣) (anterior cingulated) والقشرة الحاجبية أمام الجبهية (٤) (orbital prefrontal cortex) التي يعرف أن لها دورًا مهمًا وأساسيًا في استقبال المدخلات من المراكز الحسية الأولية والأجزاء الأخرى من قشرة المخ والتي ترتبط باستقبال مؤشرات (٧٦). وهنا نجد أن القشرة الحاجبية أمام

الجبهية والقشرة الأنسية أمام الحجية مرتبطان ارتباطًا تبادليًا (في اتجاهين معاكسين) (١) Reciprocalوكل منهما له أنشطة مع الهيبوثالاموس والأميجدالا (hypothalamus and amygdale) (97) (67) (8) (2). هذه المواقع في الجبهة الأمامية (٣) (Prefrontal) يبدو أن لها دورا محوريا في الاستجابة للضغوط الحادة (٥٧). كذلك نجد أن القشرة أمام الجبهية (٤) (m PFC) ترتبط ارتباطًا تبادليًا (في اتجاهين معاكسين) مع أنوية الثالاموسي الصدغ - ظهرية (٥٤) ولها عديد من التشابكات مع المنطقة الغطائية الأمامية (٥) (Vetral Tegmental area VTA) والمادة السوداء بالدماغ الأوسط (٦) (Substantia Nigra) ونواة أكيوبنس (٧) (Nackus accumbens) والرخاء (٨) (Raphe) والبقعة الزرقاء (٩) (Locus Coeruleus)، وأنوية جزع المخ اللاإرادية (١٠) (Brain stem autonomic) . (35) .

يوضح شكل (١٢-٢) تفصيليًا العلاقة بين المراكز التحت قشرية المرتبطة بالضغوط، ونظم انتقال الإرشادات العصبية المرتبطة (المتعلقة) بتبادل الإشارات والمعلومات بين أجزاء المخ المختلفة. فنجد أن الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية (١١) (CRH) هو الهرمون المسئول عن بدء النشاط الهرموني للضغوط. يفرز من نواه جارة البطين الدماغي (١٢) Para ventricular nucleus (PVN) بالهيبوثالاموس. وبالإضافة إلى الإشارات الواردة من الهيبوثالاموس، نجد أن هناك نشاطا نورادرينالينيا له دور في هذا الشأن، وله دور في تكوين وإفراز الهرمون القشري المختص بإفراز الكورتيزون (CRH) (102) . ويبدو أن المداخل الرئيسية للنورادرينالين في الهيبوكامبس تتم عبر منابع هيبوثلامية (ما تحت الثلاموس)، نواة الحزمة الوحيدة (NTS) Nucleus of solitary Tract والجزء الأمامي الوحشي للنخاع المستطيل Venter lateral medulla oblongata (99) بعد ذلك يتم اتحاد (التصاق) الهرمون القشري المحفز المفرز المنبه للقشرة الكظرية (CRH) بالجزء الأمامي من الغدة النخامية (interior Pituitary gland). ومن هناك تتتابع التأثيرات عبر الخلايا وتؤدي إلى إفراز الهرمون المحفز لإفراز

الكورتيـــزون (ACTH) وهـذا بدوره يؤدي إلى تكوين الجلوكـدكـــورتيـــدات وإفـــرازه (الكورتيزونات) في الحيوانات الراقية والكلوتيكوستيرون في الفئران من قشرة الغدة الكظرية (فوق الكلية) (Supra renal cortex) (4).



وهنا نجد أن الجلوكوكورتيدات تنظم تكوين الطاقة واستهلاكها وفي نفس الوقت تؤدي إلى مردود عكسي في الجهاز الصدمي بالغدة النخامية والهيبوثالاموس والمراكز الأخرى المرتبطة بآثار الصدمة.

ويبدو أن البقعة الزرقاء (Locus Caerulevs) تلعب دورًا فاصلاً في دفع الجهاز العـصبي اللاإرادي (autonomic) لمواجـهـة الضـغـوط ومـا يصـاحـب ذلك من إفـراز للنورادينالين والأدرينالين (EPI, NE) عبر جميع الأنسجة (عن طريق الدورة الدموية). إن البـقـعـة الزرقاء تستـقبل مـدخلاتـها هرمـون المحفـز للكورتيـزون من خـلال الأنوية

الوسطية (Central nuclei of amygdale) (59) (100) (123) يتم تنشيطها (تحفزها) في حالات الضغوط من خلال الخلايا العصبية النابعة من جزع المخ ومن الخلايا العصبية لكاتيكولاتية بالقشرة المخية المرتبطة بآثار الضغوط سواء عن طريق مباشر أو غير مباشر من خلال الارتباط بالقشرة الأنسية أمام الجبهية أو القشرة الحاجبية أمام الجبهية (median and orbital prefrontal cortical) (76). كما نجد أن الخلايا المسئولة عن إفراز الهرمون المحفز لإفراز الكورتيزون (٢) (CRH morons) الموجودة بالهيبوثالاموس تستجيب لـ(تركيز) الجلوكوكورتيكويدات، وتنشيط الأدرينالين والنور أدرينالين اللذين يمثلان شقي منظومة الضغوط. (٧٦)

في مقابل ذلك يقوم الهيبوثالوموس بدور مثبط لآثار الضغوط عن طريق اتصالات مباشرة وغير مباشرة بعدة أجزاء المخ التي نشطت أو حفزت أثناء الضغوط (٧٦) مثال ذلك نجد أن هناك انخفاضا في تكوين الهرمون المحفز لإفراز الكورتيزونات (CRH) في الأميجدالا بواسطة حامض جابا أمينو بيوتريك (٣) (جابا- GABA) عبر الهيبوثالاموس (٩٨) وكذلك تنشيط الهيبوثالاموس البقعة الزرقاء (٤) (Locus coruleus) بطريقة اتصال مباشر وتثبط الهيبوتالاموس بطريقة غير مباشرة عن طريق الحاجز الوحشي (٥) (Lateral septum) والنواة الحمراء في الجذور الانتهائية (٦) (BNST) (red nucleus of the stria terminalis).

تتعدل الاستجابة للضغوط عبر مدخلات السيروتونين من الرخاء (raphe) إلى الأميجدالا فالهيبوثالاموس - فالهيبوكامبس (٧٦) كما أننا نجد الآن خلايا السيروتوبين تنتهي عند خلايا الجابا المثبطة.

تأثيرات الضغوط المبكرة على البيولوجيا العصبية دراسات قبل إكلينيكية

تكملة للأعمال الريادية لليفين وزملائه (٢٥، ١٣٣، ٧١) نجد أن عديدا من البحوث والدراسات التي سجلت تمت على التغيرات طويلة المدى في الحيوانات، التي فصلت في فترة ما قبل الحمل وبعده تمثل نماذج للضغوط (٥٣ ، ١١٨). وفي هذا الفصل سيتم

التـركـيــز على الآثار بعـيــدة المدى الناتجــة عن الضــغــوط المبكرة على مــحــور الهيبوثالاموسى/ الغدة النخامية/ الغدة فوق الكلى (القظرية). أو على نظم الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوستيرويديات (٧) (CRH) والنورادرينالين والسيروتونين (٨) (5HT) والجابا بنزوديازيبين (٩) (GABA/ Benzodiazepine). كذلك سنتعرض في هذا الفصل للتغيرات التي تحدث في المراحل المبكرة للتعرض للضغوط، وما قد يحدث عندما تكون الضغوط غاية في الشدة.

لقد أجريت العديد من البحوث المستفيضة لاختبار الآثار البيوعصبية على أثر إبعاد صغار الحيوانات عن أمهاتهم خلال الفترات المبكرة من الولادة. ومن هذه التجارب تبين أن الإبعاد يحدث زيادة في تركيز الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكو سيترويديات (CRH) والنواردرينالين في مراحل البلوغ (٤٢، ٧٠، ٧٤) وتبين كذلك أن مواليد الفئران عند إبعادهم عن أمهاتهم بعد الولادة مباشرة لمدة ست ساعات يوميًا لفترة الثلاثة الأسابيع الأولى بعد الولادة في بداية حياتهم، يحدث لديهم زيادة في تركيزات الهرمون المنبه لقشر الكظر ACTH عن المستوى المبدئي قبل التعرض للصدمات وأن هناك انخفاضا في تفاعل (التصاق) الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية CRH بمستقبلات الغدة النخامية (٧٠). كذلك فإن حرمان المولود من أمه يصاحبه زيادة في قدرة تعبير الحامض النووي الريبوزي الرسول (CRH mRNA ex-pression) للهرمون المحفز لإفراز القشرة الكظرية CRH في النواة جارة البطين الدماغي PVN من الهيبوثالاموسى، وزيادة في تركيز الهرمون المفرز المنبه لقشرة الكظرية CRH في الربوة الوسطى Median Eminence (١٠٣)، وقد صاحب ذلك زيادة في تعبير الحامض النووي الريبوزي الرسول (CRH mRNA expression) الخاص بتكوين تعبير الحامض النووي الريبوزي الرسول (CRH mRNA expression) في النواه المركزية للأميجدالا لمحفز إفراز القشرة الكظرية Central nucleus of amyg-dale؛ وزيادة في كمية الهرمون المفرز المنبه القشرة الكظرية CRH الموجودة في النواة Para brachial nucleus وهو موقع ملاصق للبقعة الزرقاء locus corulevs مع زيادة في التصاق (اتحاد) الهرمون المفرز المنبه للقشرة الكظرية CRH بالبقعة الزرقاء Locus

cornleus؛ وزيادة في تركيز النورادرينالين في الهيبوثالاموسى (٩٥). وقد تبين أن الحيوانات من الفصائل العليا غير البشرية التي عرضت مواليدها للحرمان الأموي في بداية حياتهم حدث لهم زيادة في تركيز النورادرينالين في السائل المخي النخاعي (CSF) نتيجة تلك الصدمات الحادة (٦٦، ٤٢، ٦٩).

إن الزيادة في هرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية CRH والنورادرينالين في الفئران التي تم إبعادهم عن أمهاتهم مبكرًا أحدث ذلك نقصًا في تدفق النبضات العصبية المهدئة للجابا/ بنزوديازبين (١٦، ٤١). وبصفة خاصة فقد تبين أن الفئران البالغة التي سبق أن تعرضت في طفولتها المبكرة للأبعاد عن أمهاتهم خلال الأسابيع الثلاثة من حياتهم وجد أنه عندما يصلون إلى سن البلوغ يحدث ذلك انخفاض في مستوى الجابا GABA، وفي قدرة الالتصاق والتفاعل مع المستقبلات بالهيبوثالاموسى والقشرة المخية الجبهية وفي قدرة البنزوديازبيين من الالتصاق بالأميجدالا والبقعة الزرقاء Locus coruleuss ونواة الحزمة الوحيدة Nucleus of solitary Tract (NTS). هذه المؤثرات صاحبها انخفاض في تعبير الحامض النووي الريبوزي الرسول mRNA expression الخاص بالوحدة الفرعية جاما$_2$ $\gamma 2$ subunit الخاصة بموقع مستقبلات "أ" للجابا $GABA_A$ receptor. بالإضافة إلى ذلك فإن الفئران البالغة اللاتي فصلن عن أمهاتهم خلال الثلاثة أسابيع الأولى من حياتهم حدث عندهم زيادة في قدرة تعبير الحامض النووي الرسول MRNA expression للوحدات الفرعية ألفا$_2$ وألفا$_3$ $\alpha 2$, $\alpha 3$ وانخفاض في التعبير الخاص بالوحدة الفرعية ألفا١ الخاصة بتعبير الحامض النووي الريبوزي الرسول $\alpha 1$ Sulrmir mRNA(١٦). وقد صاحب ذلك التكوين (Profile) انخفاض في معدلات التصاق الجابا. (١٣٤). لذلك فمن المحتمل أن تثبيط التدفق العصبي الخاص بإفراز الجابا في الفئران الذين تم إبعادهم عند أمهاتهم في طفولتهم قد أدى ذلك إلى الإسراع في تعبير المحفز لإفراز القشرة الكظرية .CRH expression بالأميجدالا مع زيادة في النشاط النورادريناليني نتيجة للصدمة المبكرة الزائدة (٤١).

وفي محاولة لاستيعاب الخبرة المكتسبة في مجال الإهمال المعرض له مواليد الحيوانات من الطبقة العليا غير البشرية وذلك بتعرضهم للظروف التصادمية عرض كوبلان وزملاؤه عام (٢٧) ١٩٩٦ حيث حرم القردة العليا ماكاكي Macaque وصغارهم عديدا من احتياجاتهم خلال تلك الفترة الحرجة من العمر. فأطفال هذه القردة العليا في الفترة المبكرة من عمرهم يحتاجون لمن يقدم لهم الغذاء، أما القردة في سني عمر متقدم فهم يعملون بشدة للبحث عن الطعام. فلكل سن لهذه القردة ظروفه واحتياجاته وخبرته المكتسبة للطعام. وبالإضافة إلى ما سبق ذكره نجد عند الفئران البالغين أنه عندما حدث حرمان للفئران في فترة حياتهم المبكرة من أمهاتهم، نجد أن في تلك الفئران الذين تعرضوا لهذه المواقف ارتفع تركيز الهرمون المحفز لإفراز القشرة الكظرية CRH في السائل النخامي الدماغي (CST) أكثر مما وجد في الذين لم يتعرضوا أو تعرضوا بدرجة أقل من تلك القردة المحرومة (٢٧)، كما أنه قد تبين أن هناك زيادة في النشاط النورادرنياليني مصاحبًا للتعرض للصدمات بدرجات متغيرة لتلك الفئات من القردة المحرومة (١٠٥).

بالإضافة إلى التغيرات الكيميائية العصبية المصاحبة للضغوط المبكرة والشديدة يصاحبها دائمًا نقص في حجم الهيبوثالاموسى، وضمور في الخلايا العصبية CA3 بالهيبوكامبسى وأن ضمور الخلايا العصبية بالجزء CA_3 بالهيبوكامبس يحدث بعد ثلاثة أسابيع من التعرض للضغوط أو نتيجة زيادة الجلوكوكورتيدات (١) Glucocorticorids المصاحبة للصدمة (١٠٩، ١٣٧). عند هذا المستوى نجد أن الجلوكوكورتيدات تحدث انخفاضًا في عدد وطول تفرعات الخلية المحورية لدرجة ملحوظة لتخفض من نشاط وقدرة العمليات المعرفية المعتمدة في موقع CA_3 الهيبوكامبس ترتبط بدرجة القصور في تعلم سلوكيات الهروب في المتاهة T-maze (٢) (١٢٧). فكلما ازدادت نسبة تلف الخلايا العصبية موقع CA_3 بالهيبوكابسى، نجد أن ذلك يشير إلى مدى فداحة الخطورة في التمكن من السيطرة على الهروب من المواقف الصعبة عند التعرض لتجارب المتاهة T-maze الخاصة بدراسة سلوك القدرة على الهروب (١١١). أما إذا استمرت الضغوط مع (أو) التعرض للجلوكوكورتيدات، فإن ذلك يحدث تلفا عصبيا neurotoxicity(٣) وتصبح الإصابة دائمة في خلايا الهيبوكامبس.

إن الفئران البالغة التي تعرضت لتركيزات عالية من الجلوكوكورتيدات لمدة ١٢ ساعة يوميًا لمدة ثلاثة أسابيع فقدت ٢٠٪ من الخلايا العصبية الأساسية بموقع CA_3 بالهيبوكامبس (١٠٩، ١٢٧)، كذلك هناك شواهد تشير إلى أن التلف العصبي يحدث في هذه المواقع المذكورة في الحيوانات من الطبقة العليا بالمملكة الحيوانية غير الآدمية (م). كما أن صغر حجم الهيبوكامبس هو ناتج عدم قدرة الخلايا العصبية على النمو (١٢٧). فالخلايا الحبيبية (٤) (Granular Cells) في التلفيف المسنّن (Dentatc Gyrus) بالهيبوكامبس تستمر في التكاثر حتى مرحلة البلوغ، وقد تبين أن عدد هذه الخلايا وسرعة نموها يقل بشكل ملحوظ عند التعرض للضغوط (٥٢ ، ٩٠، ١١٠).

وعلى نقيض التأثيرات السلبية للضغوط المبكرة نجد أن الفئران الذين تعرضوا لداخلات إيجابية لمدة خمس عشرة دقيقة يوميًا وذلك بملابستهم يوميًا خلال الثلاثة أسابيع الأولى من الحياة كانوا أقدر على مواجهة الضغوط المبكرة مقارنة بمجموعة أخرى ضابطة لم تتعرض لمثل هذه المداخلة (١٠٣).

كما نجد أن الفئران التي تمت ملامستهم خلال الثلاثة أسابيع الأولى من العمر لم ينزعجوا عند تعرضهم لظروف جديدة غير مواتية محيطة بهم عند البلوغ، ونجد أن الظواهر البيولوجية العصبية في الحيوانات التي تم إبعادها عن أمهاتهم تختلف تمامًا عن تلك التي تمت فيها الملامسة في تلك الفترة. فنجد أن هناك انخفاضًا في المنبه لقشر الكظر (٢) ACTH وانخفاض الكورتيزون في الحيوانات التي تمت ملامستها عند تعرضهم للضغوط الخارجية ثم تعود معدلات هذه الهرمونات بسرعة إلى مستواها الأولى قبل التعرض للضغوط، كما أن هناك مردودا عكسيا (تغذية عكسية Feed back) لمستوى الجلوكوكورتيدات مكروتيزونات بالدم وزيادة في معدل مستقبلات مبلغ الحامض النووي الريبوزي (m-RNA) وعدد مستقبلات الجلوكوكورتيدات في الهيبوكامبس وفي القشرة الجبهية من المخ والمواقع المسئولة عن التحكم في تثبيط تشييد الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية (CRH) بخلايا الهيبوكامبس.

وتبعًا لذلك فإن الفئران التي تمت ملامستهم في فترات الأبعاد المبكر عن أمهاتهم نجد عندهم انخفاضًا في تكوين مبلغ الحامض النووي الريبوزي الخاص بإفراز

الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية (٣) (CRH mRNA) بالهيبوثالاموس وانخفاض في تركيز الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية CRH عن الحد الأساسي (التطبيقي) بالربوة الوسطى (٤) Median Eminence. كذلك نجد أن تركيز الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية كذلك نجد أن انخفاضا في تركيز مبلغ الحامض النووي الريبوزي الخاص بتشييد الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية CRH mRNA في الأميجدالا وانخفاضا في كمية الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية CRH في البقعة الزرقاء (٥) Lo-cus Coruleus(٤١، ٦٩). كل ذلك يؤدي إلى إضعاف النشاط الذي يحدثه المفرز المنبه للقشرة الكظرية CRH بالبقعة الزرقاء، ويتبع ذلك زيادة قليلة في مستوى النورادرينالين بين خلايا الهيبوكامبس بعد الضغوط الحادة المتتالية المستمرة (٧٤). كما تبين أن ملامسة الفئران أحدثت زيادة في مستوى مستقبلات جابا (١) أ (GABAA) في جسم الخلايا النورادرينالينية في موضع البقعة الزرقاء وفي نواة الحزمة الوحيدة (٤١) Nu-cleus of the solitary tract، بالإضافة إلى زيادة مستقبلات البنزوديازبين بالأميجدالا ونواة الحزمة الوحيدة والبقعة الزرقاء بالإضافة إلى ذلك فإن الفئران البالغة التي تمت ملامستها في طفولتها قد تأقلمت حالتها في الهيبوكامبس وتحسن أداؤها المعرفي المتعلق بالهيبوكامبس (٩٢) (٩٣) (٤٢) (٦٩).

العوامل المعدلة لتأثير الضغوط المبكرة دراسات قبل إكلينيكية

من الدراسات السابقة التي تم عرضها في هذا الفصل تبين أن الخبرات المكتسبة من الدراسات التي تمت خلال الحياة المبكرة بعد الولادة مباشرة تشير إلى حدوث تغيرات جذرية في تكوين (بنية) وعمل المخ. فهناك أدلة ومبررات تشير إلى أن علاقة من يرعى الوليد بعد ولادته مباشرة تمكن من الإقلال أو تفادي الضغوط المبكرة. فقد لاحظ ميني وزملاؤه أن هناك اختلافًا ملحوظًا بين سلوك الأمهات اللاتي يداعبن صغارهم (يلامسن صغارهم) وأولئك الذين أبعدوا عن أمهاتهم بعد الولادة مباشرة.

ففي المجموعة الأولى نجد أن الأم تقضي وقتًا طويلاً وملحوظًا في علق ومداعبة مواليدها، عن المجموعة الأخرى التي أبعد صغارها عنها (٩٣).

ولتحديد ما إذا كان هناك اختلاف بين سلوك الأم يرتبط بطريقة الاستجابة للضغوط في الفئران التي تم ملامستها وتلك التي لم يتم فيها التلامس، اختبر ميني وزملاؤه وجود عدة مؤشرات في الفئران البالغين الذي راعتهم أمهاتهم مقارنة بتلك اللاتي لم يتم رعايتها (١٧) (٧٤) (٧٥)، ووجدوا أن الفئران البالغين الذين راعتهم أمهاتهم وعلقتهم وداعبتهم كان لهم قدرات أفضل في استكشاف البيئة المحيطة بهم وكان مستوى الهرمون المنبه لقشر الكظر ACTH والجلوكوكورديدات منخضا عند تعرضهم للضغوط الحادة. وأن هناك زيادة في تأكيد مبلغ الحامض النووي الريبوزي لمستقبلات الجلوكورديدات بالهيبوكامبس (١) (-Hippocampal glucocorticoid recep tor mRNA expression)، وزيادة في حساسية المردود العكسي السلبي (٢) و (التغذية العكسية) للجلوكوكورديدات وانخفاض في مستوى الحامض النووي الريبوزي الخاص بتشييد الهرمون المفرز المنبه القشرة الكظرية (٣) (CRH mRNA). كذلك كان هناك انخفاض في مستوى مبلغ الحامض النووي الريبوزي الخاص بتشييد الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية في الأميجدالا، وزيادة في عدد مستقبلات البنزوديازيين المركزية في الأميجدالا والبقعة الزرقاء Locus coruleus وانخفاض في كثافة مستقبلات الهرمون المفرز المنبه القشرة الكظرية (CRH) في البقعة الزرقاء Locus coruleus وانخفاض في إفراز النورادرينالين الذي تسببه الضغوط في الهيبوثالاموس. هذه النتائج تتمشى مع ما وجد من قبل في الفئران التي تمت ملامستها والتي أشارت إلى أن علق ومداعبة الأم لرضيعها يؤدي إلى إثارة برنامج نفسي فسيولوجي في الجهاز العصبي عندما يتعرض للضغوط (١٧). هذا وقد نتج من هذه الدراسات عدة تساؤلات؛ فهل التغيرات البيوفسيولوجية التي تحدث وتصاحب الأبعاد عن الأم والملامسة كانت نتيجة التناول المعملي (التجريبي) أم أن ذلك نتيجة أحداث متلاحقة متتابعة مختلفة تمت في سلوك الأم.

ولتحديد ما إذا كانت التغيرات البيوعصبية المرتبطة بملامسة الصغار أو تلك المرتبطة بالإبعاد المبكر للرضيع مباشرة بعد الولادة ، تم استبدال بكل من تلك المجموعتين الأم الأخرى (٥٠). ففي المرحلة الأولية من التجارب تم تبادل الصغار الذين تمت ملامستهم ثم تناولتهم أمهات تعرضهن لنفس الظروف أو تلك الأمهات التي لم تتعرض للإبعاد عن صغارهم (مرجع) وبطريقة مماثلة لهذا التبادل تم نفس التبادل مع الصغار الذين تعرضوا للإبعاد عن أمهاتهم. وعندما اختبرت الفئران عند سن البلوغ تبين أن تلك الصغار اللاتي تناولتهم أمهات بديلات ظروفهن متشابهة مع تلك اللاتي أبعدت عنهم مواليدهن، كانت استجابتهم عند تعرضهم للضغوط مماثلة للفئران اللاتي تعرضن للأبعاد خلال الفترة المبكرة بعد الولادة. فبعكس ما هو متوقع فإن الصغار اللاتي راعتهم أمهاتهم تعرضوا لظروف الملامسة تشابهوا أكثر مع الحيوانات التي تمت ملامستها.

وفي مجموعة ثانية من هذه التجارب (٥٠) أعطيت الأمهات اللاتي تعرضن لأبعاد صغارهم مجموعة من صغار بديلة في نفس سن مواليدهن في فترة الأبعاد. ويبدو أن هذا التناول البسيط أعاد السلوك الأموي لطبيعته بتلك الصغار وأن هذه الصغار عند بلوغهم والذين تم إبعادهم عن أمهاتهم الأصليين وتشابهوا بتلك الحيوانات التي تم ملامستها أكثر من تلك التي فصلت عن أمهاتهم. وأن هذه النتائج كانت متمشية مع النتائج التي تمت عند اختبار أثر الضغوط التي تحدث قبل الولادة (Prenatal). في هذه الدراسات يتبين أن التبني مع أمومة صالحة يمكنها أن تُعكِس التغيرات التي حدثت في محور الهيبوثالاموس/ الغدة النخامية/ الغدة الكظرية إلى الوضع الطبيعي (٦) (٨٠) وهي كذلك متمشية مع البيانات الواردة التي تؤكد الدور القوى للمقومات المختلفة في العلاقات المتبادلة بين الأم ووليدها كالملامسة لإعادة ضبط إيقاع النظام الفسيولوجي المرتبط بالاستجابة للضغوط (١٧) (٦٨).

هذه الدراسات القبل الإكلينيكية تبشر بأن التأثيرات في المراحل المبكرة من العمر يمكن تعديلها خلال خبرات التنشئة اللاحقة، ونظرًا لأنه تبين أن العوامل الجينية

(الوراثية) أو أن فصيلة الحيوانات قد تؤثر على مواجهة الضغوط في البحوث القبل الإكلينيكية (٢٤) فإن الدراسات التي أجريت باستخدام تبادل المواليد سوف تثير تساؤلات عما إذا كانت الملامسة في الرعاية الوالدية (الأم/ الأب) يمكنها أن تتغلب على العوامل الوراثية، وهل يؤثر الاختلاف في فصيلة الحيوانات على التفاعل مع الضغوط. وللإجابة عن تلك التساؤلات قام أنيسمان وزملاؤه بتعرض فئران من فصيلتين (١) " C57ByJ, 6ByJ, BALB/ cByJ لخبرات الملامسة المبكرة ووزعوا بطريقة عشوائية على أمهات لرعايتهم. ومن المعروف أن فصيلة (٢) "BALB/cBYJ" بطبيعتها الوراثية أنها الأكثر انفعالاً وتتميز بأن نسبة الكورتيزون والنورادرنيالين في المخ تزداد استجابة للضغوط الحادة. بالإضافة إلى أن تلك الفئران من هذه الفصيلة لها الاستجابة متدنية عند اختبارها عن طريق التجارب التي تستخدم متاهة الماء (٣) "Morris water-maze" التي تعبر عما يتم في الهيبوكامبس والتي تتزايد عند تعرض أقدام هذه الفئران إلى صدمات كهربائية. ومن المعروف أن ملامسة الفئران من فصيلة BALB/ cBYJ تقلل من تعثر التعلم الملاحظ عندما تختبر تلك الفئران عند بلوغها عن طريق متاهه الماء، وتمنع حدوث زيادة في الكورتيزون وتمنع الاضطرابات عند أداء الأعمال المطلوبة في التجربة. وبالمثل فإننا نجد أن الفئران من فصيلة " BALB/ cBYJ الذين تبادلوا رعاية صغار من فصيلة C57BL/ 6BYJ لم يحدث لهم زيادة نشاط الكورتيزون من الإثارة أو فشل في أداء الأعمال المطلوبة منهم في التجربة (٣) (١٣٨). إلا أنه قد تبين أن تبادل الأمهات والملامسة لم تغير من الإثارة المترتبة عن الضغوط بالنسبة لتركيز النورادرنيالين في الهيبوثالامس والبقعة الزرقاء والهيبوكامبس والقشرة الجبهية للمخ. إن الملامسة المبكرة وتبادل الأمهات مبكراً لفصيلة الفئران C57BL/ 6BYJ ليس لها تأثير على الأداء في متاهة الماء، أو مستوى الكورتيزون نتيجة الضغوط أو مستوى النورادرنيالين في المخ نتيجة الضغوط. هذا وقد ذكرت نتائج مشابهة بواسطة باحثين درسوا هذه الظاهرة على نوعين آخرين من فصائل الفئران أحدها سريعة الانفعال وأخرى بطيئة (١١٦). إن تأثير الملامسة وتبادل الأمهات كان ملحوظاً في فصائل الحيوانات التي اتسمت بسرعة الإثارة وأن هذا التلامس المعملي كان له أثر فقط على مستوى الكورتيزون الناتج عن الضغوط ولم يؤثر على مستوى الأدرنيالين.

أوضحت هذه الدراسات مدى الحاجة لفهم أفضل لدور التفاعل بين الجينات والبيئة في تحديد الاستجابة الفردية للضغوط. كما أشارت إلى أن فصائل الحيوانات التي تتصف برد الفعل الداخلي(١) أكثر استجابة للتأثيرات الناجحة عن تغيرات البيئة عن الفصائل التي يتصف رد الفعل فيها بأنه ليس داخليًا بنفس الدرجة، وأن التعديلات البيئية لها تأثيرات على بعض النظم العصبية الحيوية(٢) (HPA axis) مثل أكثر من البعض الآخر مثل (Central NE) وأهم ما أشاروا إليه ، هو أن الآثار السيئة التي ترتبط بالضغوط المبكرة يمكن تعديلها من خلال عوامل داخلية وخارجية، ومن خلال جودة بيئة الرعاية التي تعقب التعرض للضغوط، والتي لها أهمية خاصة في تحديد تأثير الضغوط المبكرة على المدى الطويل.

التشابه بين المتغيرات البيولوجية العصبية المصاحبة للضغوط، وبين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدي البالغين

تعتبر الاضطرابات ما بعد الصدمة أحد أهم الأحداث الشائعة التي تنتج من الإساءة في الطفولة المبكرة. وكما هو موضح سابقًا فإن الاضطرابات ما بعد الصدمة تعتبر، إن لم تكن، من أهم الأحداث السلبية العديدة المرتبطة بتاريخ إساءة المعاملة في الطفولة. وهذا الجزء من الفصل يركز على البيولوجيا العصبية المرتبطة باضطرابات ما بعد الصدمة في البالغين، لتوضح كيفية استخدام البحوث المعملية على حيوانات التجارب لفهم الأحداث المصاحبة للضغوط، حيث إن البحوث القبل إكلينيكية الخاصة بأثر الضغوط قدمت لنا عديدا من المفاهيم ذات قيمة كبيرة مفيدة للنظر في المتغيرات المرضية الفسيولوجية لاضطرابات ما بعد الصدمة. (PTSD) وذلك بتنظيم نتائج

(1) Intrinsic reactivity.

(2) Neurobiological.

الدراسات التي تناولت المصاحبات البيوعصبية لاضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD) في البالغين.

وعلى وجه المثال، وجد أن التغيرات الحيوية المصاحبة للضغوط المبكرة في الدراسات القبل إكلينيكية قد ذكرت في دراسات ما بعد الصدمة في البالغين. مثال ذلك نجد أن في الاضطرابات النفسية الصدمية في البالغين تغيرات عديدة في محور الهيبوثالاموس/ الغدة النخامية/ الغدة الكظرية، وتشمل إفراز غير طبيعي للكورتيزون والمردود السلبي الذي يصاحب تلك الزيادة على مستوى الفص الأمامي للغدة النخامية وما ينتج عن ذلك من عدم إفراز الهرمون المنبه لقشرة الكظر ACTH تحت تأثير المفرز لمنبه القشرة الكظرية (CRH) الذي يفرز ذاتيًا (داخليًا) (٤). كذلك تبين أن هناك زيادة في إفراز المفرز لمنبه القشرة الكظرية (CRH) بالمخ من خلال تحليل السائل النخاعي المخي (CSF) (٥) (١٢) وزيادة النورادنيالين في المخ بدليل زيادة محتوى السائل النخاعي المخي للنورادرنيالين (٤٧) وتغير النشاط في القشرة الحجاجية الجبهية ومقدم الجبهة والقشرة الصدغية بعد حقن اليوهيمبين (أحد مضادات النورادرنيالين) (١٠). كذلك نجد في البالغين أن الاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD تقلل من أثر "الدافع اللجابا/ البنزوديازيبين"، كما تبين ذلك بواسطة التصوير بالأشعة المقطعية بفوتون وحيد (١) Single photon Emission Eomputed Tomography (PTSD) بعد حقن مستحضر أيومازيبنيل المشع (٢) 123 I iomazenil وأوضح ذلك أنه في حالات اضطرابات ما بعد الصدمة في الكبار (البالغين) تشير إلى قلة عدد مستقبلات جابا/ بنزوديازيين وقدرتها على الالتحام بقشرة مقدم الجبهة للمخ (١١).

كذلك هناك تغيرات تكوينية (مورفولوجية) تحدث في البالغين المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة، حيث نجد أن هناك صغرا في حجم الهيبوكامبس مقارنة بالأصحاء في المجموعة الضابطة (١٣) (١٢) (٣٦) (٥٥) (١١٧) (١٢٥) (١٢٦) وكذلك هناك خلل في قدرات الذاكرة اللفظية (١٣) (١٢). هذا وقد كانت هناك دراسات استخدمت الرنين المغناطيسي (MRS) لتحديد التغيرات الكيميائية العصبية

بالمخ في المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة PTSD وتبين أن هناك انخفاضًا في تركيز ن-١ اسيتيل – ت – حامض الأسبرتيك (٣) N- acetyl - t - aspartic acid "NAA" والكرياتين (Creatine) في منطقة الهيبوكامباس عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة (٤٣) (١١٤) (١٢٥) (١٢٠). وانخفاض في تركيز NAA يبين أن هناك تلفا في الخلايا العصبية (٣٣)، ويصاحب فقد هذه الخلايا العصبية انخفاض في كثافة واستقلاب الفوسفات المكون للطاقة (٩) Energy phosphate metabolism (٤) بالخلايا العصبية.

وهنا نجد أن هناك تشابها بين الاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD في البالغين وما يحدث للصغار من تغيرات ببولوجية عصبية مصاحبة للتعرض للضغوط المبكرة في حياة الوليد – هناك تغير في التكوين القشري للمخ والجزء التحت قشري، الذي يحدث في الضغوط المبكرة متشابهة لما يحدث في الكبار المعرضين للاضطراب النفسي الصدمي.

عوامل النمو

وهنا لابد وأن نضع في الاعتبار أن أحد المحاذير المهمة جداً هو أن هناك قضايا مهمة جداً تتعلق بالنمو لابد من وضعها في الاعتبار ونفهمها جيداً قبل أن نطبق النتائج، التي توصلنا إليها من خلال التجارب القبل إكلينيكية لنفهم ما يحدث في الأطفال عند تعرضهم للضغوط المبكرة، ولو أن الدراسات القبل إكلينيكية التي تناولت الآثار البيولوجيا العصبية أمدتنا بفكر استقرائي قوي عن الفسيولوجية – المرضية (Pathophysiology) لاضطرابات ما بعد الصدمة PTSD في الكبار (البالغين) إلا أن تطبيق ما نشر في هذا المجال مازال غير كاف لفهم البيولوجيا العصبية المرتبطة بالاضطرابات ما بعد الصدمة في الأطفال. فبالتحديد هناك أربع دراسات في تصوير تركيب الجهاز العصبي في الأطفال ذوي اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD (٣٢)،

كما يوجد تقرير واحد منشور يتناول دراسات طويلة في مجموعة من الأطفال الذين شاركوا في فحوص سابقة ولم توجد أي دراسة تذكر أي دليل يشير إلى ضمور الهيبوكامبس في الأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعات الضابطة (٣٢).

بدلاً من وجود ضمور في الهيبوكامبس في الأطفال، والمراهقين المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة PTSD وجد أن هناك صغرا في الحيز الذي يشمل الجزئين الأوسط والخلفي للجسم المُقَّرن Corpus callosum (٣٢). ويتفق مع هذه التقارير، دراسات حديثة تبين أن المرضى العقليين المقيمين ذوى تاريخ سابق في سوء معاملتهم مصابون بانكماش في الجزء الزنبي (٢) Caudal والوسطى (٣) medial من الجسم المقرن (Corpus Callosum) عند مقارنتهم بمجموعات من الأسوياء والمرضى العقليين الذين لم يتعرضوا لسوء المعاملة.

هذا مع العلم بأن الدراسات التي تمت على البالغين لم تشمل أي قياسات للجسم المقرن (Corpus callosum)، **وحتى هذه اللحظة فإن المعلومات المتوفرة** تشير إلى أن هناك بحثا وحيدا منشورا استخدم أشعة مقطعية على الحيوانات الراقية (غير البشرية) الذين تعرضوا لضغوط مبكرة من عمرهم (٣٢)، ومعظم هذه الدراسات القبل إكلينيكية التي حدثت في سنين العمر الأولى اختبرت الأثر الطويل المدى لهذه الخبرات على نمو وتطور مخ الحيوانات الراقية في صغرها وفشلت في إيجاد دليل على وجود ضمور بالهيبوكامبس، ولكن وجد الباحثون اتفاقًا مع دراسات الأطفال والمراهقين السابق عرضها، أن هناك انكماشا في الجزء الأوسط والذنبي في الجسم المُقَّرن في صغار الحيوانات الراقية غير البشرية التي تعرضت للضغوط المبكرة.

إن الأجزاء الوسطية والذنبية للجسم "المقرن" تحتوي على معابر توصيل ما بين فصى (أو نصفي) المخ وترتبط أجزاء عديدة بالمخ وهي "Cinqulate" القشرة الحسية الخلفية - الأنسية - الجدارية للمخ الجزء العلوي الصدغي من الأخدود الطولي ما بين فصي المخ وقاع الحفرة المخية الوحشية والأجزاء المجاورة للهيبوكامبس. إن العديد من المواقع التي لها تمثيل يربط ما بين فصي المخ عن طريق الجزء الوسطى والذنبي

للجسم المُقَّرن Corpus Callosum له اتصالات مباشرة مع مراكز بالقشرة المخية الجبهية ومتداخلة في شكل دوائر عصبية تنقل العواطف والمشاعر وكثير من العوامل المختلفة المؤثرة على الذاكرة. وهي الأنماط الأساسية للاضطرابات التي نلاحظها في الأشخاص المصابين باضطرابات ما بعد الصدمية PTSD.

فعندما نضع التغيرات التي تحدث في الجسم المُقَّرن موضع الاعتبار في الأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة قامت مجموعتنا بعمل دراسات مبدئية استخدمت فيها (١) Diffuse tensor imaging (DTI)......... على ١٤ طفلاً أسيئت معاملتهم ومصابين باضطرابات ما بعد الصدمة و ١٦ طفلاً سويًا باعتبارها مجموعة ضابطة (٦٣) وباستخدام DTI لتقييم المادة البيضاء في المخ (٢) white matter tracts تبين أن صور مخ الأطفال المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة توضح أن هناك مساحات كبيرة فارغة لها دلالة معنوية ومنتشرة في المواقع الوسطية والذنبية من الجسم المُقَّرن مما يشير إلى أن هناك انحسارا (انخفاضا) في النتوءات المحورية (axonal) ومسارات أغصان الخلايات العصبية التي قلت عددها في هذه المرحلة المبكرة من نمو الجهاز العصبي. وهذا يتطابق مع ما وجد من قبل ويشير إلى أن هناك احتمالا كبيرا يمنع قدرة الخلايا العصبية أن تمدد أغصانها وتتشابك مع الخلايا الأخرى، كما أن هناك قصورا في تكوين الطبقة العازلة "غلاف الميالين" (٣) "Mylination" (التي توجهه الإشارات العصبية عبر الأجزاء المختلفة من المخ) في هؤلاء الأطفال المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة عند مقارنتهم بمجموعة ضابطة مكافئة في العمر. ونحن الآن بصدد متابعة تلك البحوث للتعرف على مزيد من المعلومات عن دور الجسم المُقَّرن في الفسيولوجيا المرضية لاضطرابات ما بعد الصدمة، وبدأنا الدراسة الخاصة بالمسح الإشعاعي في مجموعات ضابطة من أطفال تعرضوا لسوء المعاملة ولم يحدث لهم اضطرابات نفسية مرضية فسيولوجية، وذلك لفهم آليات البيولوجيا العصبية المرتبطة بالصمود لدى الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة.

إن استخدام الأطر النمائية في الدراسات القبل إكلينيكية والإكلينيكية ستساعد على مزيد من فهمنا للآليات العصبية الحيوية، التي تربط بين تعرض الأطفال لسوء

المعاملة واضطرابات ما بعد الصدمة والنواحي الأخرى السلبية على مدى العمر. وكما هو ملاحظ بما ذكر من قبل فإن أغلب البحوث والدراسات القبل إكلينيكية المبكرة للضغوط المبكرة قد اختبرت الأثر طويل المدى لهذه الخبرات على مخ حيوانات التجارب البالغة. ولذا فهناك حاجة لمزيد من الدراسات النمائية في هذا المجال.

العوامل التي تعدل من تأثير الضغوط المبكرة دراسات إكلينيكية

كما تم في البحوث القبل إكلينيكية فإن البحوث في الفئات الإكلينيكية القادمة سوف تلقي الضوء على أهمية اختبار التفاعل الجيني (الوراثي) والبيئي للتعرف على الآثار طويلة المدى لسوء معاملة الأطفال. ومازال العمل في هذا المجال في مراحله الأولى، فنجد أن الباحثين في هذا المجال سجلوا أولاً تأثير الأسرة (العائلة) والعوامل الوراثية ومستوى الرعاية على السلوك والنتائج الإكلينيكية (١٨) (٦٢). هذا مع العلم أن هناك قليلا من الدراسات التي تعرضت للعوامل المؤثرة على تتابع التغير البيولوجي في الجهاز العصبي (٦٠)، إلا أنه كما تبين من الدراسات القبل إكلينيكية فإن بداية النتائج الإكلينيكية في هذا الصدد تشير إلى أن الآثار الجانبية المتلازمة مع سوء معاملة الطفلا مبكرًا ليست حتمية، وأنه من الممكن تعديلها بعوامل خارجية وداخلية مع توفير بيئة ورعاية جيدة ولما لها من أهمية خاصة في تحديد الآثار المترتبة على سوء المعاملة على المدى الطويل.

التطبيقات الإكلينيكية:

كما ذكر من قبل فإن هناك تشابها بين اضطرابات ما بعد الصدمة في الكبار والتغيرات البيولوجية العصبية المصاحبة للتعرض للضغوط في المراحل المبكرة. لقد كانت الدراسات ما قبل الإكلينيكية لها أهمية قصوى وبناءة لتحديد المسار المرضي

الفسيولوجي Pathophysiology لاضطرابات ما بعد الصدمة، كما أنها تبصر بأساليب جديدة لعلاج الاضطرابات في الكبار. فعلى سبيل المثال، إن استخدام الأدوية المُبطلة لأثر النورادرنيالين مباشرة بعد حدوث الصدمات الحادة يقلل من الآثار بعيدة المدى على الجهاز العصبي البيولوجي في القوارض (الفئران). وقد أدت هذه المعلومة وهذه الظاهرة إلى استخدام البروبرانولول Propranolol (مضاد لمستقبلات بيتا الأدرنيالينية) لمنع حدوث اضطرابات نفسية صدمية في البالغين الذين تعرضوا لصدمات حادة (١٠١) - ومن النتائج المبدئية الإيجابية في هذا المجال، أن هذا العلاج قد منع حدوث (أبطل) تلك الاضطرابات النفسية الصدمية عند استخدام البروبرانولول. وهذا في حد ذاته يعتبر مشجعًا للمضي قدمًا في مثل هذه البحوث.

كذلك فإنه في ضوء النتائج الخاصة بالدراسات القبل إكلينيكية والإكلينيكية المبدئية، أشارت إلى أن الأدوية المضادة لمستقبلات الهرمون المفرز لمنبه القشرة الكظرية (CRH) من نوع "١" (Type 1) بدأ اختبارها حاليًا لعلاج الاضطرابات النفسية الصدمية (٤). بالإضافة إلى ذلك فإن الاستخدام طويل المدى لمضادات الاكتئاب (SSRI) تشير إلى تمكنها من منع حدوث ضمور للهيبثالاميس واستعادة حجمها الطبيعي واستطاعت أن تنمي الخلايا العصبية في القوارض البالغة (٣٧). لذلك فإننا نجد الآن أن استخدام مضادات الاكتئاب (SSR1) للاضطرابات النفسية الصدمية في البالغين واستخدامها لمدة طويلة يحدث تحسن في الذاكرة اللفظية التي كانت متدنية، وفي نفس الوقت تحدث زيادة في جسم الهيبوكامبس (١٢٤).

إن هذا الجزء من الفصل يركز أساسًا على التطبيقات الإكلينيكية لبحوث الضغوط في الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لسوء المعاملة في طفولتهم المبكرة. ففي الوقت الحالي نحن لا نعلم الكثير عن العلاج الدوائي للاضطراب النفسية لاضطرابات ما بعد الصدمة في الطفولة وتحتاج لمزيد من الدراسات في هذا المجال. وكما ذكر من قبل فإن الأعمال التجريبية ما قبل الإكلينيكية، التي تركز على البحوث النمائية للجهاز العصبي سوف ترشد إلى جهود خاصة لعلاج الأطفال والمراهقين.

إن ما نشر من قبل في البحوث الإكلينيكية وقبل الإكلينيكية يشير بشدة إلى أن القدرة على إيجاد علاقات تتسم بالاستقرار والأمان والعلاقات الإيجابية يعتبر أساسياً لتعزيز النتائج الجيدة في الأطفال، الذين عانوا من سوء المعاملة في طفولتهم المبكرة (٦٢).

إن قانون التبني (ADOPTION) والأسرة الآمنة[1] الذي صدر في نوفمبر ١٩٩٧ بالولايات المتحدة الأمريكية قد صدر لييسر الإجراءات المتعلقة بجهود منع سوء معاملة الأطفال. وأن مخططات الرعاية الآمنة تشمل تطبيقًا للتدخل لضمان الرعاية الآمنة، التي يقرها قانون حقوق الأطفال بخصوص إساءة معاملتهم (١٩). إن هدف هذه الجهود هو تعظيم حقوق الأطفال بأن يكون لهم على الأقل أحد الأشخاص البالغين يختار ليقوم راعيا نفسيا للطفل (٤٩). إن الرعاية الآمنة يمكنها أن تؤدي إلى إعادة ترابط الأسرة، وأن إيجاد البدائل أو التبني يمكنها أن تمنع أو تقلل تلك الاضطرابات النفسية.

ورغم أن هناك تفاوتا في مستوى الجودة بمراكز خدمات حماية الطفل من ولاية إلى أخرى بالولايات المتحدة الأمريكية، عبر الوطن، فإن الخدمات التي تقدم لم تتجاوز ٤٠٪ من نسبة الأطفال الذين أسيئت معاملتهم وأهملوا (٨٩). في مثل هذه الحالات نجد أنه لا تقدم أي تدخلات للإقلال من المخاطر المستقبلية لسوء المعاملة أو للتخفيف عن الآثار المترتبة عن الإساءات الماضية.

كذلك فقد قدر أنه على الأقل ٥٠٪ من الأطفال الذين شملهم البرنامج كانوا متورطين في المخدرات. وقد تصل تلك الظاهرة في بعض الولايات المتحدة إلى ٩٠٪ من الحالات المسجلة. لذلك فإن الوالدين الحقيقيين للطفل لا يمكن أن يكونوا الاختيار الأصلح للرعاية إلا إذا تم علاجهم من المخدرات.

هناك عديد من الولايات المتحدة التي أنشأت وسائل مستحدثة لزيادة الخدمات الموجهة لمشكلة المخدرات وتشمل مراكز رعاية المدمنين ضمن مكاتب، وقد يشترك

(1) The Adoption and Safe Families Act (P.L. 105-89)

المرشدون في سوء استخدام المخدرات عن طريق التعاقد (أو الانتداب) للعمل في مراكز رعاية الطفولة، ليقوموا بتقييم الموقف ولتحديد الموارد المطلوبة (اللازمة) لطالبي الخدمة (٨٨) كذلك أنشئت محاكم الأسرة الخاصة بالإدمان التي تقدم تعليمات متميزة للإسهام في العلاج الذي يقدم. وهناك برامج تفصيلية لمتابعة الإسهام في اتخاذ القرار ووضعه موضع التنفيذ بسرعة بناءً على المعلومات الصحيحة (الأفضل) (١١٥).

إن برنامج العلاج الدياليكتيكي السلوكي (١) للوالدين المدنيين يمكن أن يكون بديلاً مبشراً ويحتاج للتقييم ضمن نظم الخدمات الوقائية، ونظراً لأن هذا البرنامج (DBI) قد تبين أنه أقدر وأفضل من العلاج الفردي للوالدين الذين يتناولون المخدرات ويعانون من اضطرابات (٧٣) وهم يمثلون عديدا من المترددين الذين لهم مشكلات عميقة (مثال ذلك من أصيبوا في طفولتهم المبكرة بصدمات أو علاقات غير متوازنة وصعوبة في تحمل الصدمات وسلوك دفاعي).

هناك نماذج لبرامج متعددة تهدف إلى تعزيز الاستمرار في علاج الأطفال الذين أسيئت معاملتهم، إلا أنها تحتاج للتقييم المنتظم (٧٢) (١٣٩) وبدون استمرارية فإن احتمالات التوصل إلى نتائج إيجابية سوف تكون قليلة.

توجهات مستقبلية وملاحظات ختامية:[1]

إن البحوث الخاصة بالصمود قد تقدمت بشكل ملحوظ في السنوات القليلة الماضية، وقد كان لتطبيقات نقل الخبرات القبل إكلينيكية نموذجاً لمواصلة الدراسات الإكلينيكية أكبر الأثر في تقدم تلك البحوث وتوجهها بعمق نحو الميكانزمات (الآليات) النفسية الفسيولوجية والبيولوجية والعمليات المتعلقة بالصمود، فكما ذكر بالجزء الخاص بالبحوث القبل إكلينيكية في هذا الفصل، فإن التدخلات النفسية الاجتماعية يمكن أن

(1) Dialectical Behavior Therapy (DBI)

تكون فعالة حتى ولو كانت هناك آليات (ميكانزمات) حيوية مسئولة عن تدني مخرجات المشكلة (مثال ذلك انخفاض معدل إفراز هرمون النمو وتوقف النمو، كذلك التغيرات التي تحدث في المخ التي تغير من التفاعلات الحيوية).

إن الصمود مجال مهم للبحث العلمي الذي يقدم خدمات عديدة لمتخذي القرارات وواضعي السياسات التي قد تقدم دفعًا جوهريًا في معالجة هؤلاء الأطفال المعرضين للمخاطر. فلها تطبيقات مباشرة وتطبيقات عملية لوضع البرامج التي تهدف إلى تعزيز النمو الصحي للأطفال وتهدف لتنشئة سليمة لهم. ومن الضروري أن تستمر البحوث المستقبلية في العمل نحو بناء فكر منهجي يتم الاتفاق عليه ونحو مزيد من التكامل في البحوث، ونحو قياس دقيق للصمود بما يؤدي إلى رفع فاعلية البحث في مجال الصمود.

إن مشكلات سوء معاملة الأطفال فادحة يدفع ثمنها الفرد والمجتمع. هذا وإنه كلما زادت معرفتنا وتراكمت في هذا المجال نجد أنه ليس من الضروري أن كل من أسيئت معاملته في طفولته سوف يواجه تلك المشكلات، وأن تفهمنا للصمود لدى هؤلاء الأطفال الذين أسيئت معاملتهم تتطلب دراسة العوامل الوراثية (الجينية) ودور علاقة الطفل بمن تعلق بهم باعتبارها من العوامل المعدلة وعلاقة التفاعل بين العوامل الجينية والبيئية.

وحيث إن فشل النظام وتكرار إقامة الطفل خارج منزله يرتبط بسوء المعاملة لدى الأطفال، فإن هناك حاجة لأبحاث تشترك فيها تخصصات متعددة، وفي حاجة أيضًا لجهود علاجية توجه لهذه المشكلة، مع تركيز يمتد من النيوروبيالوجيا إلى السياسات الاجتماعية.

REFERENCES

1- Ammerman, R. T., Cassisi, J. E., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1986). Consequences of physical abuse and neglect in children. *Clinical Psychology Review, 6*(4), 291–310.

2- An, X., Bandler, R., Ongur, D., & Price, J. L. (1998). Prefrontal cortical projections to longitudinal columns in the midbrain periaqueductal gray in macaque monkeys. *Journal of Comparative Neurology, 401*(4), 455–479.

3- Anisman, H., Zaharia, M. D., Meaney, M. J., & Merali, Z. (1998). Do early-life events permanently alter behavioral and hormonal responses to stressors? *International Journal of Developmental Neuroscience, 16*(3–4), 149–164.

4- Arborelius, L., Owens, M. J., Plotsky, P. M., & Nemeroff, C. B. (1999). The role of corticotropin-re in depression and anxiety disorders. *Journal of Endocrinology, 160*(1), 1–12.

5- Baker, D. G., West, S. A., Nicholson, W. E., Ekhator, N. N., Kasckow, J. W., Hill, K. K. et al. (199 corticotropin-releasing hormone levels and adrenocortical activity in combat veterans with stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*(4), 585–588.

6- Barbazanges, A., Vallee, M., Mayo, W., Day, J., Simon, H., Le Moal, M. et al. (1996). Early and l: have different long-term effects on male rat offspring. *Journal of Neuroscience, 16*(23), 7783–

7- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self-system: Eme internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology, 6*(1), 5-

8- Bernard, J. F., & Bandler, R. (1998). Parallel circuits for emotional coping behaviour: New pieces i *Journal of Comparative Neurology, 401*(4), 429–436.

9- Birken, D. L., & Oldendorf, W. H. (1989). N-acetyl-L-aspartic acid: A literature review of a compou: in 1H-NMR spectroscopic studies of the brain. *Neuroscience Biobehavioral Review, 13*, 23–31.

10- Bremner, J. D., Innis, R. B., Ng, C. K., Staib, L. H., Salomon, R. M., Bronen, R. A. et al. (1997). Posi tomography measurement of cerebral metabolic correlates of yohimbine administration in c posttraumatic stress disorder. *Archives General Psychiatry, 54*(3), 246–254.

11- Bremner, J. D., Innis, R. B., Southwick, S. M., Staib, L., Zoghbi, S., & Charney, D. S. (2000 benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic str *American Journal of Psychiatry, 157*(7), 1120–1126.

12- Bremner, J. D., Licinio, J., Darnell, A., Krystal, J. H., Owens, M. J., Southwick, S. M. et al. (1997). I corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Psychiatry, 154*(5), 624–629.

13- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, S. M. et al. (1995) measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic str *American Journal of Psychiatry, 152*(7), 973–981.

14- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., & Mazure, C. (1997). Magnet imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related physical and sexual abuse—a preliminary report. *Biological Psychiatry, 41*(1), 23–32.

15- Briere, J., Berliner, L., Bulkley, J. A., Jenny, C., & Reid, T. (1996). *The APSAC handbook on child n* Thousand Oaks, CA: Sage.

16- Caldji, C., Francis, D., Sharma, S., Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (2000). The effects of early rea ment on the development of $GABA_A$ and central benzodiazepine receptor levels and nov fearfulness in the rat. *Neuropsychopharmacology, 22*(3), 219–229.

17- Caldji, C., Tannenbaum, B., Sharma, S., Francis, D., Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (1998). Materna infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulne *Proceedings National Academy of Science, 95*(9), 5335–5340.

18- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W. et al. (2002). Role of genotype ir violence in maltreated children. *Science, 297*(5582), 851–854.

19- Child Welfare League of America (CWLA). (1994). *Kinship care: A natural bridge*. Washington, DC

20- Chrousos, G. P. (1998). Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. The 1997 Hans Selye Memorial Lecture. *Ann N Y Academy of Science, 851*, 311–335.

21- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 147*(7), 887–892.

22- Cicchetti, D., & Carlson, V. (1989). Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.

23- Cicchetti, D., & Toth, S. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(5), 541–565.

24- Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology, 6*(4), 533–549.

25- Coe, C. L., Mendoza, S. P., Smotherman, W. P., & Levine, S. (1978). Mother–infant attachment in the squirrel monkey: Adrenal response to separation. *Behavioral Biology, 22*(2), 256–263.

26- Cook, R., Fleishman, E., & Grimes, V. (1991). *A national evaluation of Title IV-E foster care independent living programs for youth: Phase 2, final report* (Vol. 1). Unpublished report. Westat, Inc., Rockville, MD.

27- Coplan, J. D., Andrews, M. W., Rosenblum, L. A., Owens, M. J., Friedman, S., Gorman, J. M. et al. (1996). Persistent elevations of cerebrospinal fluid concentrations of corticotropin-releasing factor in adult nonhuman primates exposed to early-life stressors: Implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders. *Proceedings of the National Academy of Science, 93*(4), 1619–1623.

28- Cowen, E. L., & Work, W. C. (1988). Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. *American Journal of Community Psychology, 16*(4), 591–607.

29- Cowen, E. L., Work, W. C., & Wyman, P. A. (1992). Resilience among profoundly stressed urban schoolchildren. In M. Kessler, & S. E. Goldston (Eds.), *The present and future of prevention: In honor of George W. Albee. Primary prevention of psychopathology* (Vol. 15, pp. 155–168). Thousand Oaks, CA: Sage.

30- Cowen, E. L., Work, W. C., & Wyman, P. A. (1997). The Rochester Child Resilience Project (RCRP): Facts found, lessons learned, future directions divined. In S. S. Luthar, & J. A. Burack (Eds.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 527–547). New York: Oxford University Press.

31- Crittenden, P. M. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments: An interpretation using attachment theory. *Child Abuse & Neglect, 16*(3), 329–343.

32- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M. et al. (1999). Developmental traumatology. Part II: Brain development. *Biological Psychiatry, 45*(10), 1271–1284.

33- De Stefano, N., Matthews, P. M., & Arnold, D. L. (1995). Reversible decreases in N-acetylaspartate after acute brain injury. *Magnetic Resonance Medicine, 34*, 721–727.

34- Dhabhar, F. S., McEwen, B. S., & Spencer, R. L. (1997). Adaptation to prolonged or repeated stress—comparison between rat strains showing intrinsic differences in reactivity to acute stress. *Neuroendocrinology, 65*(5), 360–368.

35- Drevets, W. C., Ongur, D., & Price, J. L. (1998). Neuroimaging abnormalities in the subgenual prefrontal cortex: Implications for the pathophysiology of familial mood disorders. *Molecular Psychiatry, 3*(3), 220–226, 190–221.

36- Driessen, M., Hermann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A. et al. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry, 57*, 1115–1122.

37- Duman, R. S., Nakagawa, S., & Malberg, J. (2001). Regulation of adult neurogenesis by antidepressant treatment. *Neuropsychopharmacology, 25*, 836–844.

38- Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment in infancy. *New Directions in Child Development, 11*, 77–92.

39- Egeland, B., Sroufe, A., & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 7*(4), 459–469.

40- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 31*(5), 863–867.

41- Francis, D., Caldji, C., Champagne, F., Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (1999). The role of corticotropin-releasing factor—Norepinephrine systems in mediating the effects of early experience on the development of behavioral and endocrine responses to stress. *Biological Psychiatry, 46*(9), 1153–1166.

42- Francis, D., Diorio, J., Liu, D., & Meaney, M. J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science, 286*(5442), 1155–1158.

43- Freeman, T. W., Cardwell, D., Karson, C. N., & Komoroski, R. A. (1998). In vivo proton magnetic resonance spectroscopy of the medial temporal lobes of subjects with combat-related posttraumatic stress disorder. *Magnetic Resonance Medicine, 40*(1), 66–71.

44- Garmezy, N. (1992). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. In T. Thompson, & S. C. Hupp (Eds.), *Saving children at risk: Poverty and disabilities* (Vol. 131, pp. 45–60). Thousand Oaks, CA: Sage Focus Editions.

45- Garmezy, N. (1993). Vulnerability and resilience. In D. C. Funder, & R. D. Parke et al. (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development. APA Science Volumes* (pp. 377–398). Washington, DC: American Psychological Association.

46- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development, 55*(1), 97–111.

47- Geracioti, T. D., Jr., Baker, D. G., Ekhator, N. N., West, S. A., Hill, K. K., Bruce, A. B. et al. (2001). CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1227–1230.

48- Gold, P. W., & Chrousos, G. P. (2002). Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: High vs. low CRH/NE states. *Molecular Psychiatry, 7*(3), 254–275.

49- Goldstein, J., Solnit, A., Goldstein, S., & Freud, A. (1996). *The best interest of the child: The least detrimental alternative*. New York: Free Press.

50- Gonzalez, M. E., Ladd, C. O., Huot, R., Owens, M. J., & Plotsky, P. M. (1999, October 22–28). *Prevention of HPA axis changes in response to neonatal maternal separation by providing dams with foster pups during the absence of her litter* (Abstract #583.6). Paper presented at the Society for Neuroscience, Miami, FL.

51- Gould, E., & Cameron, H. A. (1996). Regulation of neuronal birth, migration and death in the rat dentate gyrus. *Developmental Neuroscience, 18*(1–2), 22–35.

52- Gould, E., Tanapat, P., Rydel, T., & Hastings, N. (2000). Regulation of hippocampal neurogenesis in adulthood. *Biological Psychiatry, 48*(8), 715–720.

53- Graham, Y. P., Heim, C., Goodman, S. H., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (1999). The effects of neonatal stress on brain development: Implications for psychopathology. *Developmental Psychopathology, 11*(3), 545–565.

54- Groenewegen, H. J. (1988). Organization of the afferent connections of the mediodorsal thalamic nucleus in the rat, related to the mediodorsal-prefrontal topography. *Neuroscience, 24*(2), 379–431.

55- Gurvits, T. V., Shenton, M. E., Hokama, H., Ohta, H., Lasko, N. B., Gilbertson, M. W. et al. (1996). Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 40*(11), 1091–1099.

56- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry, 49*(12), 1023–1039.

57- Herman, J. P., & Cullinan, W. E. (1997). Neurocircuitry of stress: Central control of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Trends in Neuroscience, 20*(2), 78–84.

58- Hofer, M. A. (1987). Early social relationships: A psychobiologist's view. *Child Development, 58*(3), 633–647.

59- Jezova, D., Ochedalski, T., Glickman, M., Kiss, A., & Aguilera, G. (1999). Central corticotropin-releasing hormone receptors modulate hypothalamic-pituitary-adrenocortical and sympathoadrenal activity during stress. *Neuroscience, 94*(3), 797–802.

60- Kaufman, J., Birmaher, B., Perel, J., Dahl, R. E., Moreci, P., Nelson, B. (1997). The corticotropin-releasing hormone challenge in depressed abused, depressed nonabused, and normal control children. *Biological Psychiatry, 42*(8), 669–679.

61- Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*(2), 257–265.
62- Kaufman, J., & Henrich, C. (2000). Exposure to violence and early childhood trauma. In C. Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 195–207). New York: Guilford.
63- Kaufman, J., Plotsky, P., Nemeroff, C., & Charney, D. (2000). Effects of early adverse experience on brain structure and function: Clinical implications. *Biological Psychiatry, 48*(8), 778–790.
64- Kaufman, J., & Zigler, E. (1989). The intergenerational transmission of child abuse. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* Cambridge: Cambridge University Press.
65- Kaufman, J., & Zigler, E. (1996). Child abuse and social policy. In E. Zigler, S. Kagan, & N. Hall (Eds.), *Children, families and government: Preparing for the twenty-first century* (pp. 233–255). New York: Cambridge University Press.
66- Kraemer, G. W., Ebert, M. H., Schmidt, D. E., & McKinney, W. T. (1989). A longitudinal study of the effect of different social rearing conditions on cerebrospinal fluid norepinephrine and biogenic amine metabolites in rhesus monkeys. *Neuropsychopharmacology, 2*(3), 175–189.
67- Krout, K. E., Jansen, A. S., & Loewy, A. D. (1998). Periaqueductal gray matter projection to the parabrachial nucleus in rat. *Journal of Comparative Neurology, 401*(4), 437–454.
68- Kuhn, C. M., & Schanberg, S. M. (1998). Responses to maternal separation: Mechanisms and mediators. *International Journal of Developmental Neuroscience, 16*(3–4), 261–270.
69- Ladd, C. O., Huot, R. L., Thrivikraman, K. V., Nemeroff, C. B., Meaney, M. J., & Plotsky, P. M. (2000). Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. In E. Mayer & C. Saper (Eds.), *Progress in brain research: The biological basis for mind body interactions* (Vol. 122, pp. 79–101). Amsterdam: Elsevier.
70- Ladd, C. O., Owens, M. J., & Nemeroff, C. B. (1996). Persistent changes in corticotropin-releasing factor neuronal systems induced by maternal deprivation. *Endocrinology, 137*(4), 1212–1218.
71- Levine, S., Wiener, S. G., & Coe, C. L. (1993). Temporal and social factors influencing behavioral and hormonal responses to separation in mother and infant squirrel monkeys. *Psychoneuroendocrinology, 18*(4), 297–306.
72- Lieberman, A. F. (2003). The treatment of attachment disorder in infancy and early childhood: Reflections from clinical intervention with later-adopted foster care children. *Attachment & Human Development, 5*(3), 279–282.
73- Linehan, M. M., Schmidt, H., III, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction, 8*, 279–292.
74- Liu, D., Caldji, C., Sharma, S., Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (2000). Influence of neonatal rearing conditions on stress-induced adrenocorticotropin responses and norepinepherine release in the hypothalamic paraventricular nucleus. *Journal of Neuroendocrinology, 12*(1), 5–12.
75- Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A. et al. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science, 277*(5332), 1659–1662.
76- Lopez, J. F., Akil, H., & Watson, S. J. (1999). Neural circuits mediating stress. *Biological Psychiatry, 46*(11), 1461–1471.
77- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543–562.
78- Luthar, S. S., Doernberger, C. H., & Zigler, E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Development and Psychopathology, 5*(4), 703–717.
79- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*(1), 6–22.

80- Maccari, S., Piazza, P. V., Kabbaj, M., Barbazanges, A., Simon, H., & Le Moal, M. (1995). Adoption reverses the long-term impairment in glucocorticoid feedback induced by prenatal stress. Part 1. *Journal of Neuroscience, 15*(1), 110–116.

81- Maier, S. F., & Watkins, L. R. (1998). Cytokines for psychologists: Implications of bidirectional immune-to-brain communication for understanding behavior, mood, and cognition. *Psychological Review, 105*(1), 83–107.

82- Malberg, J. E., Eisch, A. E., Nestler, E. J., & Duman, R. S. (2000). Chronic antidepressant treatment increases neurogenesis in adult rat hippocampus. *Journal of Neuroscience, 20*, 9104–9110.

83- Manji, H. K., Quiroz, J. A., Sporn, J., Payne, J. L., Denicoff, K., Zarate, C. A., Jr., & Charney, D. S. (2003). Enhancing neuronal plasticity and cellular resilience to develop novel, improved therapeutics for difficult-to-treat depression. *Biological Psychiatry, 53*(8), 707–742.

84- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227–238.

85- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*(2), 205–220.

86- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology, 11*(1), 143–169.

87- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development, 73*(5), 1525–1542.

88- McAlpine, C., Marshall, C. C., & Doran, N. H. (2001). Combining child welfare and substance abuse services: A blended model of intervention. *Child Welfare, 80*, 129–149.

89- McCurdy, K., & Daro, D. (1992). *Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1992 annual fifth state survey.* Report of the National Center on Child Abuse Prevention Research, Chicago.

90- McEwen, B. S., & Magarinos, A. M. (2001). Stress and hippocampal plasticity: Implications for the pathophysiology of affective disorders. *Human Psychopharmacology, 16*(S1), S7–S19.

91- McLeer, S. V., Callaghan, M., Henry, D., & Wallen, J. (1994). Psychiatric disorders in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*(3), 313–319.

92- Meaney, M. J., Aitken, D. H., Bhatnagar, S., & Sapolsky, R. M. (1991). Postnatal handling attenuates certain neuroendocrine, anatomical, and cognitive dysfunctions associated with aging in female rats. *Neurobiology of Aging, 12*(1), 31–38.

93- Meaney, M. J., Bhatnagar, S., Diorio, J., Larocque, S., Francis, O'Donnell, D. et al. (1993). Molecular basis for the development of individual differences in the hypothalamic–pituitary–adrenal stress response. *Cell and Molecular Neurobiology, 13*(4), 321–347.

94- Meier, E. G. (1965). Current circumstances of former foster children. *Child Welfare, 44*, 196–206.

95- Menzaghi, F., Heinrichs, S. C., Pich, E. M., Weiss, F., & Koob, G. F. (1993). The role of limbic and hypothalamic corticotropin-releasing factor in behavioral responses to stress. *Annals of the New York Academy of Science, 697*, 142–154.

96- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Distangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse Neglect, 24*, 1363–1374.

97- Ongur, D., An, X., & Price, J. L. (1998). Prefrontal cortical projections to the hypothalamus in macaque monkeys. *Journal of Comparative Neurology, 401*(4), 480–505.

98- Owens, M. J., & Nemeroff, C. B. (1991). Physiology and pharmacology of corticotropin-releasing factor. *Pharmacological Review, 43*(4), 425–473.

99- Pacak, K., Palkovits, M., Kopin, I. J., & Goldstein, D. S. (1995). Stress-induced norepinephrine release in the hypothalamic paraventricular nucleus and pituitary-adrenocortical and sympathoadrenal activity: In vivo microdialysis studies. *Front Neuroendocrinology, 16*(2), 89–150.

100- Page, M. E., & Abercrombie, E. D. (1999). Discrete local application of corticotropin-releasing factor increases locus coeruleus discharge and extracellular norepinephrine in rat hippocampus. *Synapse, 33*(4), 304–313.

101-Pittman, R. K., Sanders, K. M., Zusman, R. M., Healy, A. R., Cheema, F., Lasko, N. B. et al. (2002). Pilot study o secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry, 51*(2 189–192.

102-Plotsky, P. M., Cunningham, E. T., Jr., & Widmaier, E. P. (1989). Catecholaminergic modulation of corticotropin releasing factor and adrenocorticotropin secretion. *Endocrinology Review, 10*(4), 437–458.

103-Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (1993). Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasin factor (CRF) mRNA, median eminence CRF content and stress-induced release in adult rats. *Brain Researc and Molecular Brain Research, 18*(3), 195–200.

104-Pynoos, R., Steinberg, A., & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. I D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2 pp. 72–95). New York: Wiley.

105-Rosenblum, L. A., Coplan, J. D., Friedman, S., Bassoff, T., Gorman, J. M., & Andrews, M. W. (1994). Advers early experiences affect noradrenergic and serotonergic functioning in adult primates. *Biological Psychiatry 35*(4), 221–227.

106-Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. E. Rolf & A. S. Masten (Eds.), *Ris and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214).

107-Rutter, M. (1995). Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. *Southern African Journal of Child & Adolescent Psychiatry, 7*(2), 75–88.

108-Rutter, M. (1996). Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In Robert J. Haggerty & Lonnie R. Sherro (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 354–385). New York: Cambridge University Press.

109-Sapolsky, R. M. (1996). Stress, glucocorticoids, and damage to the nervous system: The current state of confusion. *Stress, 1*(1), 1–19.

110-Sapolsky, R. M. (2000). The possibility of neurotoxicity in the hippocampus in major depression: A primer on neuron death. *Biologicaly Psychiatry, 48*(8), 755–765.

111-Sapolsky, R. M., Krey, L. C., & McEwen, B. S. (1985). Prolonged glucocorticoid exposure reduces hippocampa neuron number: Implications for aging. *Journal of Neuroscience, 5*(5), 1222–1227.

112-Scafidi, F., & Field, T. (1997). HIV-exposed newborns show inferior orienting and abnormal reflexes on th Brazelton scale. *Journal of Pediatric Psychology, 22*(1), 105–112.

113-Schanberg, S. M., & Field, T. M. (1987). Sensory deprivation stress and supplemental stimulation in the rat pu and preterm human neonate. *Child Development, 58*(6), 1431–1447.

114-Schuff, N., Neylan, T. C., Lenoci, M. A., Du, A. T., Weiss, D. S., Marmar, C. R. et al. (2001). Decreased hippocampal N-acetylaspartate in the absence of atrophy in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry 50*(12), 952–959.

115-Semidei, J., Radel, L. F., & Nolan, C. (2001). Substance abuse and child welfare: Clear linkages and promisin responses. *Child Welfare, 80*, 109–128.

116-Steimer, T., Escorihuela, R. M., Fernandez-Teruel, A., & Driscoll, P. (1998). Long-term behavioural and neuroendocrine changes in Roman high-(RHA/Verh) and low-(RLA-Verh) avoidance rats following neonatal handling. *International Journal of Developmental Neuroscience, 16*(3–4), 165–174.

117-Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G., & McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine, 27*(4), 951–959.

118-Takahashi, L. K., & Kalin, N. H. (1991). Early developmental and temporal characteristics of stress-induced secretion of pituitary-adrenal hormones in prenatally stressed rat pups. *Brain Research, 558*(1), 75–78.

119-Uno, H., Eisele, S., Sakai, A., Shelton, S., Baker, E., DeJesus, O. et al. (1994). Neurotoxicity of glucocorticoids in the primate brain. *Hormones and Behaviour, 28*(4), 336–348.

120-Urenjak, J., Williams, S. R., Giadian, D. G., & Noble, M. (1993). Proton nuclear magnetic resonance spectroscopy unambiguously identifies different neuronal cell types. *Journal of Neuroscience, 13*, 981–989.

121- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). National Center on Child Abuse and Neglect. *Chil. maltreatment 2001: Reports from the states to the National Center on Child Abuse and Neglect Data System.* Washington. DC: U.S. Government Printing Office.

122- Vaidya. V. A., & Duman, R. S. (2001). Depresssion—emerging insights from neurobiology. *British Medica Bulletin.* 57, 61–79.

123- Valentino, R. J., Curtis, A. L., Page, M. E., Pavcovich, L. A., & Florin-Lechner, S. M. (1998). Activation of t locus ceruleus brain noradrenergic system during stress: Circuitry, consequences, and regulation. *Advanc in Pharmacology.* 42, 781–784.

124- Vermetten, E., Vythilingam, M., Southwick, S. M., Charney, D. S., & Bremner, J. D. (2003). Long-term treatme with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume in posttraumatic stre disorder. *Biological Psychiatry.* 54(7), 693–702.

125- Villarreal, G., Hamilton, D. A., Petropoulos, H., Driscoll, I., Rowland, L. M., Griego, J. A. et al. (2002). Reduc hippocampal volume and total white matter volume in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiat.* 52(2), 119–125.

126- Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., Miller, A. H., Anderson, E., Bronen, R. et al. (2002). Childhood traur associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *American Journal Psychiatry,* 159(12), 2072–2080.

127- Watanabe, Y., Gould, E., & McEwen, B. S. (1992). Stress induces atrophy of apical dendrites of hippocampal C pyramidal neurons. *Brain Research,* 588(2), 341–345.

128- Werner, E. E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal Adolescent Health,* 13(4), 262–268.

129- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Developme & Psychopathology,* 5(4), 503–515.

130- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science,* 4(3), 81–85.

131- Wheeden, A., Scafidi, F. A., Field, T. & Ironson, G. (1993). Massage effects on cocaine-exposed prete neonates. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics,* 14(5), 318–322.

132- Widom, C. S. (1991). The role of placement experiences in mediating the criminal: Consequences of early chil hood victimization. *American Journal of Orthopsychiatry,* 61, 195–209.

133- Wiener, S. G., Johnson, D. F., & Levine, S. (1987). Influence of postnatal rearing conditions on the response squirrel monkey infants to brief perturbations in mother–infant relationships. *Physiology and Behavi* 39(1), 21–26.

134- Wilson, M. A. (1996). GABA physiology: Modulation by benzodiazepines and hormones. *Critical Reviews Neurobiology,* 10(1), 1–37.

135- Windle, M., Windle, R. C., Scheidt, D. M., & Miller, G. B. (1995). Physical and sexual abuse and associa mental disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry,* 152(9), 1322–1328.

136- Wolfner, G. D., & Gelles, R. J. (1993). A profile of violence toward children: A national study. *Child Abuse a Neglect,* 17(2), 197–212.

137- Woolley, C. S., Gould, E., & McEwen, B. S. (1990). Exposure to excess glucocorticoids alters dendritic morph ogy of adult hippocampal pyramidal neurons. *Brain Research,* 531(1–2), 225–231.

138- Zaharia, M. D., Kulczycki, J., Shanks, N., Meaney, M. J., & Anisman, H. (1996). The effects of early postn stimulation on Morris water-maze acquisition in adult mice: Genetic and maternal fact *Psychopharmacology (Berl),* 128(3), 227–239.

139- Zeanah, C. H., Larrieu, J. A., Heller, S. S., Valliere, J., Hinshaw-Fuselier, S., Aoki, Y. et al. (2001). "Evaluatio a preventive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care." *Journal of the Ameri Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 40, 214–221.

140- Zimmerman, R. B. (1982). Foster care in retrospect. *Tulane Studies in Social Welfare,* 14, 7–13.

(الجزء الثالث)

الصمود باعتباره ظاهرة في اضطرابات الطفولة

الفصل الثالث عشر

الصمود والاضطرابات الهادمة في الطفولة

سام جولدشتين وريتشارد رايدر

تتكون الاضطرابات السلوكية الهادمة (DBD)[١] في الطفولة من اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة[٢] (ADHA) واضطراب المعارضة والاجتراء[٣] (ODD) واضطراب المسلك[٤] (CD)(٥). وتشير الدراسات الوبائية إلى أن هذه الاضطرابات الثلاثة هي الأكثر شيوعًا بين الأمراض النفسية، إذ إن ما يتراوح ما بين ٢-١٦٪ من الشباب ينطبق عليهم المحكات التشخيصية لواحد من هذه الاضطرابات على الأقل إن لم يكن اثنين أو أكثر (٤٣) (٧٦) (٩) (٥٥). وتشير بعض المراجع إلى هذه الحالات باعتبارها اضطرابات خارجية[٥] في مقابل الاضطرابات الداخلية[٦] كالقلق والاكتئاب أو اضطرابات التعلم، حيث تثير الأولى الاضطراب في البيئة المباشرة وبالتالي تتم ملاحظتها بسهولة، أما أعراض الفئة الثانية واضطراباتها فلا يتم ملاحظتها أو إثارتها للاضطراب في البيئة من قبل الأطفال والمراهقين الذين يعانون منها.

---

(1) Disruptive behavior disorder .

(2) Attention deficit hyperactivity.

(3) Opposition and defiant disorder.

(4) Conduct disorder.

(5) External.

(6) Internal.

ويبدو سلوك الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية الهادمة غير حميد للآباء والمعلمين والمتخصصين، ذلك أن هذه الحالات تتميز بالاندفاعية والنشاط الزائد والعدوانية والسلوك المضاد، وهذا في ذاته يشكل عاملاً من عوامل الخطر له مترتباته السلبية في المراهقة وبداية الشباب، وحتى الأطفال الذين يعانون من أحد الاضطرابات السلوكية الهادمة يكون احتمال معاناتهم من سوء التوافق في بداية الشباب احتمالاً كبيراً، أما إذا اجتمعت أعراض أكثر من اضطراب فيزداد احتمال المترتبات السلبية في مجالات الحياة الأساسية مثل: المدرسة والأسرة والصحة والعمل وحتى الأنشطة اليومية كقيادة السيارة (١١) (٥٤)، وتتجمع هذه الأعراض لتحد من فرص الطفل في تحقيق التوافق وتنذر بمرتبات سلبية مدى الحياة.

هناك نسبة محدودة من الأطفال ذوي اضطرابات قصور الانتباه والنشاط الزائد وكذلك الاضطرابات السلوكية يستطيعون تجاوز هذه الخبرات ويحققون توافقًا جيدًا في مرحلة الشباب والرشد المبكر، ونسبة أكبر ممن يعانون من اضطرابات المعارضة والاجتراء. فإذا كان هناك خطر محدود كاضطراب سلوكي هادم مزمن يسهم في مترتبات سلبية من ناحية، وكانت هناك جهود علاجية للاضطرابات السلوكية الهادمة تشير إلى إمكانية التحكم في الأعراض من ناحية أخرى، فيصبح لزامًا على العاملين في المجال الإكلينيكي تحديد وفهم المتغيرات التي تساعد على التنبؤ بتحقيق مترتبات أفضل في المراهقة والرشد سواء كانت متغيرات خاصة بالطفل أو الأسرة أو المجتمع. ومن هنا كان الاهتمام بدراسة عمليات الصمود لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية، فإذا أمكن تحديد مجموعة من الأطفال الذين عانوا من الاضطرابات السلوكية الهدامة، واستطاعوا أن يتجاوزوها بنجاح ويحققوا التوافق في المراهقة والرشد، بحيث تتم دراستهم واستخلاص الدروس من هذه الدراسة لتكون نواة لوضع بروتوكولات علاجية للأفكار والمشاعر والسلوك والخبرات والاتجاهات والفرص التي تعزز الصمود لدى الأطفال الذين تسود في حياتهم عوامل الخطر،

وتتزايد البحوث والدراسات التي تتبع نموذج المسار النمائي[1] وخاصة الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية الهدامة والتي تشير إلى التنبؤ بالخطر في الرشد، وكذلك تحديد بعض العوامل الواقية أو العازلة[2] التي تحد من الخطر وترفع فرص الانتقال الآمن إلى حياة الرشد (٦٨). وينشغل المهتمون بهذا المجال بدراسة العوامل الواقية، حيث إن معرفتنا بها محدودة على عكس الحال في عوامل الخطر التي تتوفر عنها معلومات دقيقة. إن العوامل التي تحمي أو تعزل الأطفال جميعًا عن الحالات المرضية هي نفسها التي تحمي الأطفال المصابين بالاضطرابات السلوكية الهدامة، فالحياة في أسرة مترابطة، لا تعاني من الفقر، في ظل آباء أسوياء لا يعانون من اضطرابات سيكاترية ويقدمون لأطفالهم رعاية ووالدية تتسم بالاتساق والاستقرار، ويوجدون دائمًا حين يحتاج إليهم أطفالهم، هذه العوامل مجتمعة تشكل الأساس القوى الذي ينبئ بالصمود لدى الأطفال جميعًا بما في ذلك من يعانون من الاضطرابات السلوكية (٥٦).

وجد في الدراسات الطولية التتبعية أن ما بين ٧٠ - ٨٠٪ من المراهقين، الذين تم تشخيصهم في الطفولة بقصور الانتباه وفرط الحركة أو في أحد الاضطرابات السلوكية الهادمة تظل لديهم المحكات التشخيصية لأحد الاضطرابات السلوكية، وتنخفض هذه النسبة في بداية الرشد، حيث يظل ٦٠٪ لديهم بعض الاضطراب مع انخفاض هذه النسبة في مرحلة الرشد (٦٤). ويفسر الباحثون هذا الانخفاض في الأعراض بالطبيعة النمائية للبروتوكولات التشخصية لاضطرابات السلوك الهادمة، فالتنبؤ بالنسبة للأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه وفرط النشاط يتأثر بشدة الأعراض، وما إذا كانت هناك اضطرابات مصاحبة، وبمستوى الوظائف الفعلية،

(1) Developmental pathways model.

(2) Insulating.

والظروف الأسرية، كمرض الوالدين، والمحن التي تمر بها الأسرة، والوضع الاقتصادي الاجتماعي وتاريخ العلاج (٥٤) وتصدق هذه العوامل في التنبؤ بالاضطرابات السلوكية الأخرى.

هناك تراث علمي عريض خاص بتأثير غياب بعض الظواهر السلبية على التنبؤ بالمترتبات أو النتائج مثال لذلك ما أشارت إليه الدراسات (٦٢) من أن الإناث قد تكون خبراتهم بالمحن أقل خطورة نتيجة للجندر. كما أن نمط قصور الانتباه وفرط الحركة وخاصة لدى الأطفال قد يحد من الخطر. كما أن غياب السلوك الاندفاعي يساعد في التنبؤ بنتائج أفضل، هناك افتراض بأن مشكلات التحكم (الضبط الذاتي) والتي تميز النماذج الثلاثة لاضطرابات السلوك الهادم قد تكون أفضل المنبآت بالنواتج النمائية في الرشد عند دراسة الأطفال (٨).

ومن المتوقع أيضًا أن يرتبط السلوك العدواني بصفة عامة وهو خاصية تشخيصية في اضطراب المعارضة (الخلفة) والاجتراء[١] واضطراب المسلك[٢] ونتيجة طبيعية لاضطراب الانتباه وفرط الحركة ADHD[٣] بالتنبؤ بنواتج سلبية في الرشد (٨٤). كما وجد أن التغير الوجداني يرتبط بدرجة عالية بالعدوان (٦١)، ومن الوارد أن تكون بعض أعراض الاضطراب السلوكي الهادم لها قوة تنبؤية إيجابية أو سلبية، بعض البحوث التي أجريت على هذه الحالات بدأت تحدد أن وجود بعض الأعراض المحددة أو غيابها لا ينبئ فقط بالحالة وإنما ينبئ بالنواتج أيضًا (١٠٢).

سوف يقدم هذا الفصل عرضًا للاضطرابات السلوكية الهادمة سواء الأعراض التشخيصية، أو التعريفات أو الانتشار. وسوف نقدم عرضًا لعوامل الخطر وعوامل الصمود التي يمكن أن تسهم في اكتساب هذه الحالات على مدى الزمن وسوف ينتهي الفصل إلى دليل مقترح يقدم للإخصائيين الكلينيكة.

---

(1) (ODD) Oppositional defiant disorder.

(2) (CD) Conduct disorder.

(3) (ADHD) Attention deficit hyperactivity.

رؤية عامة:

أشارت البحوث الطولية خلال الربع قرن الأخيرة إلى أن الشباب يظهر عليهم بعدين أساسيين في اضطرابات السلوك، البعد الأول ويظهر لدى كثير من الأطفال في سن مبكرة ويغلب عليه ثلاثية قصور الانتباه والنشاط الزائد والسلوك الاندفاعي، على مدى ١٠٠ سنة وصف هذا الثلاثي أنه اضطراب في قصور التحكم الأخلاقي، وقد وصف تحت العديد من المسميات بافتراض سبب واحد (خلل بسيط في وظائف المخ) أو العرض الأساسي (النشاط الزائد أو ضعف الانتباه) ولكن يعرف أكثر ليس باعتباره اضطرابًا في السلوك وإنما خلل في الوظائف المعرفية (٨). أما البعد الثاني للسلوك الهادم فيقع في فئتين متمايزتين الفئة الأولى وتضم سلوك المخالفة والعدوانية وهو مختلف عن الفئة الثانية للسلوك غير الصريح (الخفي)(٤٧) (٥٣)، ويتضمن السلوك الظاهر[١] ولا يقتصر على العراك، وعدم الطاعة، ونوبات الغضب والتدمير، والمشاغبة والبلطجة، والسعي لكسب الانتباه، المجموعة الثانية من السلوك غير الصريح[٢] وتتضمن ولا تقتصر على السرقة بدون مواجهة (خلسة) واختيار أصدقاء السوء من المدرسة والهروب من المنزل، والكذب، والانتماء لأصدقاء منحرفين (٢) (٨٣). ويرجع بعض الباحثين هذين المظهرين إلى تأثير البيئة والخبرات الشخصية وقد ترجع إلى عوامل في الاستعداد الجيني. ويمكن تقسيم السلوك الظاهري إلى سلوك إلى غير تدميري مثل مقاومة السلطة وسلوك عدواني وتدميري سواء نحو البشر أو الممتلكات. ويمكن تقسيم السلوك غير الظاهر إلى سلوك عدم المواجهة مع الضحية إلى سلوك تدميري مثل التخريب وسلوك غير تدميري مثل الهروب من المنزل (٧٣).

ويختلف اضطراب السلوك الهادم وقصور الانتباه وفرط الحركة عن اضطراب المعارضة والاجتراء واضطراب المسلك (٩) (٥٦) (٦٣)، كما تختلف الاضطرابات

---

(1) Overt.

(2) Covert.

السلوكية الهادمة عن الاضطرابات الداخلية كالاكتئاب والقلق (١٢١) رغم أن بينهما تداخلا في الأعراض كالكذب والعدوانية، وتظهر اضطرابات المخالفة والاجتراء في مرحلة مبكرة بالنسبة لاضطرابات المسلك، ويكون مآل الاضطراب سيئًا بالنسبة للأطفال الذين تظهر لديهم أعراض اضطراب المسلك قبل سن ١٠ سنوات بمقارنتهم بمن تظهر عليهم الأعراض بعد سن العاشرة (٩٦) (١١٠)، رغم أن بعض الأطفال تظهر عليهم أعراض اضطراب المعارضة والاجتراء واضطراب المسلك في نفس الوقت فإن أكثر أعراض اضطراب المسلك خطورة بما في ذلك السلوك التخريبي وتكرار الهروب من المنزل، وسرقة المحلات، واقتحام الأماكن العامة، والاغتصاب، والقتل، تظهر متأخرة بالمقارنة بأعراض اضطراب المخالفة والاجتراء.

تقع الاضطرابات السلوكية الهادمة على متصل يبدأ بالأعراض البسيطة ثم يتجه نحو الأعراض الخطيرة فيبدأ بقصور الانتباه وفرط النشاط ثم اضطراب المخالفة والاجتراء ثم اضطراب المسلك، رغم أن ليس كل الأطفال من ذوى ADHD تتطور الأعراض لديهم إلى ODD، CD فإن نسبة غير قليلة ممن يعانون من اضطراب المسلك لديهم تاريخ في قصور الانتباه وفرط الحركة، وكلما كان الطفل أصغر سنًا عند ظهور اضطراب المسلك كانت النتائج أسوأ (١٤) (٢٣). أكثر من ذلك فالأولاد ذوو أعراض اضطراب المسلك بالمقارنة بمن لديهم اضطراب المخالفة والاجتراء فقط يكون أداؤهم على اختبارات الذكاء أقل، وينحدرون من أسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي أقل ولديهم مشكلات أكبر مع المدرسة والقانون (١١٣)، والأولاد من ذوى اضطراب المسلك ينحدرون من أسر يتسم أفرادها بتاريخ معاد للمجتمع، وهي مشكلة تعكس جماعا من العوامل الأسرية والبيئة الجينية.

رؤية تشخيصية عامة : ADHD قصور الانتباه وفرط الحركة

يوصف قصور الانتباه وفرط الحركة بأنه نمط ثابت من قصور الانتباه بالإضافة إلى فرط الحركة الشديدة مقارنة بنشاط الأطفال في نفس المرحلة النمائية (٥). وتظهر

بعض الأعراض قبل سن السابعة رغم أن بعض الأطفال لا يتم تشخيصهم إلا في مرحلة لاحقة وبعد ملاحظة الأعراض بسنوات عديدة. ويشترط التشخيص أن يكون الاضطراب في مجالين من مجالات الحياة، ولابد أن يكون عائقًا في نمو الوظائف الاجتماعية والتعليمية والعمل. لقد كان قياس الخلل مركز اهتمام المتخصصين عند تشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، وهو أكثر شيوعًا في الذكور عنه في الإناث، وهو ما يشكل اهتمامًا بحثيًا في الدليل التشخيصي (٥٧)، ويتميز قصور الانتباه بحيز محدود في الانتباه والاندفاعية وفرط الحركة، ولابد أن يتوفر في الطفل ستة أعراض من تسعة خاصة بقصور الانتباه حتى يتأكد الجانب الخاص بقصور الانتباه (٥)، ولا يحدد دليل التشخيص الإحصائي هذه الأعراض تبعًا لأهميتها، وقد لوحظ في البحوث والدراسات في المجال أن بعض الأعراض لها قيمة تنبؤية إيجابية أو سلبية أكثر من غيرها (١٠٢)، وتتضمن أعراض قصور الانتباه، الفشل في الانتباه للتفاصيل، وعدم القدرة على مواصلة الانتباه، وعدم الاستماع عندما يوجه له الكلام، والفشل في إتمام العمل، وصعوبة في التنظيم، وتجنب أو عدم الاهتمام بالقيام بالأعمال التي تتطلب الاستمرار في بذل الجهد العقلي، وفقد الأشياء، وسهولة تشتت الانتباه، ونسيان الأنشطة اليومية.

ولابد أن تتوفر ستة أعراض من تسعة في فرط الحركة كي يتأكد تشخيص الجانب الخاص بالاندفاعية وفرط الحركة. وتتضمن أعراض فرط الحركة الآتي: التململ وصعوبة البقاء في مكان واحد، والقيام بحركات أو نشاط غير مناسب أو غير لائق وصعوبة الاستغراق في نشاط ترويحي بهدوء، والتحرك وكأنه يعمل بموتور، والتكلم كثيرًا، أما الأعراض الاندفاعية فتتضمن، القفز لإجابات قبل الاستماع للأسئلة، صعوبة انتظار الأدوار، مقاطعة الآخرين، إذا تمثل قصور الانتباه وفرط الحركة في الفشل في التنظيم الذاتي كما يشير لذلك السلوك الاندفاعي فإن ثلاثة أعراض من ثمانية عشر تعكس الاندفاعية تعد مشكلة حقيقية(٨). ويتم تشخيص الحالة بناء عن ستة أعراض أو أكثر في مجال الانتباه، وفرط الحركة، أو الاندفاعية أو كليهما، وقد يكون التشخيص، قصور الانتباه أو فرط الحركة أو كليهما، من المهم أن

نلاحظ أن التشخيص يتطلب وجود دليل واضح على الخلل في الوظائف الاجتماعية أو التعليمية أو العمل (٥).

اضطراب المعارضة والاجتراء ODD/ اضطراب المسلك CD :

يعرف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع اضطراب المخالفة والاجتراء بأنه نمط متكرر الحدوث للخلفة وعدم الطاعة والسلوك العدائي نحو من يمثلون السلطة، على أن يكون هذا النمط ثابتًا على مدى ستة أشهر، وعلى أن يتكرر حدوث أربعة مظاهر أو أعراض من الأعراض الآتية، مجادلة مع راشدين، وفقدان التحكم، ورفض الانصياع للقواعد، والإتيان بأفعال عمدية تضايق الآخرين، ولوم الآخرين على ما يفشل فيه، والمبالغة في الحساسية للاستثارة، والغضب، والاعتراض، والانتقام.

يوصف اضطراب المسلك CD في الدليل التشخيصي الإحصائي أنه نمط سلوكي متسق ومتكرر يتضمن الاعتداء على حقوق الغير وعلى المعايير الاجتماعية المناسبة لسن المعتدي(٥). يعكس اضطراب المخالفة والاجتراء نمطًا دائمًا للخلفة والعدائية والاجتراء دون الاعتداء الشديد على المعايير الاجتماعية وحقوق الغير. وهكذا فإن الأطفال ذوى اضطراب المخالفة والاجتراء يجادلون الكبار ويفقدون السيطرة (التحكم) وسريعي الغضب. وكثيراً ما يتحدون الطلبات المنطقية أو القواعد ويتعمدون مضايقة الآخرين، ويلومونهم على أخطائهم.

ويبدو أن CD يعكس سلوكيات مستقرة تنمو وتتطور مع الزمن. ويتميز اضطراب المسلك دائمًا بالعدوانية الشديدة واختراق حقوق الغير، وتبدأ أعراض اضطراب المسلك لدى الذكور في سن مبكرة بالمقارنة بالإناث. حيث تظهر المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك في سن ١٢ سنة على حين لا تظهر لدى الإناث قبل سن ١٤-١٦ . لكي يتم تشخيص اضطراب المسلك لابد أن تتوفر ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض

الآتية على مدى ١٢ شهرا، على أن يحدث واحد منها على الأقل في الستة أشهر الأخيرة: البلطجة، وتهديد الآخرين أو التسبب في اشتباك أو عراك، واستخدام سلاح يسبب إيذاء شديد، وسرقة وتعدي على المعتدي عليه (إكراه) إيذاء وقسوة صريحة ضد الغير، وإيذاء وقسوة صريحة ضد الحيوان، واعتداء جنسي، والكذب للهروب من تحمل المسئولية، وقضاء الليل خارج المنزل دون إذن، وسرقة أشياء ذات قيمة، والتدمير العمدي لممتلكات الغير، والهروب من المنزل ليلاً مرتين على الأقل، والسطو، والهرب من المدرسة. هناك بروتوكولان لتشخيص اضطرابات المسلك بروتوكول حين يبدأ العرض في الطفولة والآخر عندما يبدأ في المراهقة وهذا التشخيص مبني على نظام تصنيف قدمه موفيت (٩٧)، الذي استخدم المنحى الارتقائي للتمييز بين من يتورط في سلوك معاد للمجتمع بصورة عارضة وأولئك الذين يتسم سلوكهم المعاد للمجتمع بالاستمرار، فالأفراد الذين يتسم السلوك المعاد للمجتمع لديهم بالاستمرار على مدى حياتهم كانت عوامل الخطر لديهم تمتد إلى الاضطراب في البناء النفسي العصبي، وكانت بيئتهم الأسرية مضطربة، مما يفسر ما يعانونه من مشكلات، أما الأفراد الذين يصنفون في حدود المراهقة فقط فلا تظهر لديهم مثل هذه العوامل الخطر، ولم يتورطوا في سلوك معاد للمجتمع من قبل ويقتصر السلوك المضطرب لديهم على مرحلة المراهقة.

النمط المستمر في مراحل الحياة المختلفة يقابله الخصائص الانحرافية التي تحددها محاكم الأحداث، ولكي تختبر موفيت نظريتها هذه في المسار الثنائي[1] قامت بفحص ١٠٠٠ حالة من نيوزيلندة حيث درست اتجاهات الآباء والمعلمين وتقرير الأطفال عن سلوكهم المعادي للمجتمع من سن ٣–١٥ سنة وكانت نسبة من ظهر لديهم سلوك إجرامي ٥٪ من العينة اقترفوا ٧٠٪ من السلوك الإجرامي على مدى الزمن، على الرغم من هذه الجهود فالاتفاق مازال محدوداً حول التمييز بين اضطراب المسلك كتشخيص إكلينيكي والجناح كما يتناوله الوصف الاجتماعي القانوني.

(1) Dual trajectory theory.

الاضطرابات السلوكية الهادمة DBD والجناح:

لم يتأكد الاتفاق حول تعريف الجناح باعتبارها حالة متميزة عن اضطراب المسلك، فمعظم المتخصصين وغير المتخصصين يستخدمون اضطراب المسلك، والجناح، والسلوك المعاد للمجتمع بوصفها مترادفات، أما من حيث التعريف القانوني فإن الجناح يعرف بكسر القانون سواء بالنسبة للشباب أو الراشدين، وقد اقترح ترمبلي (١٢٤) أن يستخدم مصطلح الجانح لوصف الشباب في الدراسات التي تركز على الجوانب القانونية. وقد اقترح ثلاث فئات للسلوك الجانح من المنطلق القانوني: (١) التخريب والسرقة سواء في مواجهة الضحية أو من دون مواجهتها. (٢) العدوانية الجسمية أو اللفظية المباشرة أو غير المباشرة سواء هجومية أو دفاعية. (٣) مخالفات سلوكية يتجاوز فيها الشاب المسموح لمن في سنه مثل تعاطي الكحول دون سن ٢١ (أمريكا). إن العدوان منفرد لا يتنبأ بالجناح (٦)، وإنما حين يصاحبه رفض الأقران وغيره من المشكلات (٦) التي يتكرر ظهورها في الأطفال ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة ويمكن في حالة اجتماع العدوانية والمشكلات الاجتماعية التنبؤ بالتعاطي والابتزاز (٦٩) ويقترح (١١٤) أن الظهور المبكر للسلوك المعادي للمجتمع يتنبأ بصورة أوضح من أي سلوك نمائي منفرد بالجناح. إن العلامات المبكرة للاضطرابات السلوكية الهادمة بين جمهور الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بما في ذلك نوبات الغضب، العناد، وفرط الحركة تتنبأ باضطراب في الطفولة المتوسطة وفيما بعد بالجناح لدى ٧٦٪ من عينة الدراسة (٢٣).

حاولت كل من موفيت وكاسبي (٩٩) تحديد عوامل الخطر في الطفولة لدى ذوى السلوك الجانح المستمر خلال الحياة. وكانت النتائج التي توصلوا لها من دراسة ١٠٠٠ حالة تشير إلى أن الإناث والذكور الذين صنفوا على أنهم من ذوى السلوك الجانح المستمر كانوا متشابهين فيما بينهم في عوامل الخطر، وكانت معدلات عوامل الخطر لديهم أعلى كثيراً من حيث شدتها وحجمها، وكان عدد أقرانهم أقل في المراهقة. فيما يتعلق بعوامل الخطر في الطفولة، كان معامل الخطر لدى الأفراد ذوى السلوك الجانح الدائم خلال الحياة أعلى من المتوسط، حيث توفر لديهم ٢١ عاملاً من

٢٦ على نقيض عوامل الخطر لدى الأفراد الذين اقتصر السلوك المنحرف لديهم على مرحلة المراهقة، حيث كان معدل عوامل الخطر لديهم مثل أقرانهم الذين لم يكن لديهم سجل في محكمة الأحداث إلا في عامل واحد. وهكذا نرى أن الشباب الذين اخترقوا القواعد العامة في سنوات المراهقة فقط كان التاريخ المرضي لديهم أقل شيوعًا وكذلك مشكلات الشخصية ومشكلات القراءة، وقصور المعاملة الوالدية، واضطراب العلاقات الوثيقة والارتباطات، مقارنة بالجانحين في كل مراحل حياتهم. على الرغم من أن موفيت تشير (١٠٠) (١٣٠) إلى كل من الجانحين على امتداد الحياة والجانحين في فترة المراهقة فقط بأنهم جانحين، فإن الجانحين على امتداد حياتهم ينطبق عليهم التعريف المجتمعي لإدراك الجناح باعتباره حالة مزمنة لتكرار السلوك المضاد للمجتمع، وتشير أعمال موفيت (١٣٠) إلى أن الجانحين يعبرون عن قصور في الكف وشدة الاندفاعية وعدوانية الآباء وقصور في تجنب الخطر والإيذاء وبناء أسري غير متماسك مقارنة بغير الجانحين.

قد يتناول التمييز بين اضطراب المسلك والجناح التركيز على الاستمرارية، فاضطراب المسلك على أساس دليل التشخيص الإحصائي يشترط استمرارية الجنوح لمدة ٣ سنوات، بمعنى أن معظم الشباب الذين ينطبق عليهم محكات اضطراب المسلك يتعافون خلال الثلاث سنوات. وهكذا يتساوى اضطراب المسلك مع منظور موفيت عن الجناح المحدود في سنوات المراهقة، ويجب ملاحظة أن تشخيص اضطراب المسلك ليس ظاهرة حميدة في كل الأحوال وعلى المدى البعيد، حيث يشير الارتباط بين تقارير الآباء والمعلمين عن الأطفال الخاصة باضطراب المسلك في سن ٨ سنوات والنواتج الاجتماعية النفسية في سن ١٨ إلى تدني التحصيل الدراسي، وتكرار المخالفات والانحرافات وتعاطي المواد المخدرة ومشكلات الصحة العقلية في سن ١٨ سنة وحتى بعد تحقيق التوافق الاجتماعي ومشكلات الانتباه والذكاء (٤٨). وأكثر من هذا، فإن العلاقة بالأم ومهارات حل المشكلات والعوامل الأسرية كإصابة الأم بالاكتئاب والصراعات الزواجية (الأم/ الأب) أثناء المراهقة المبكرة، تنبئ في ذاتها وفيما تستتبعه من تفاعل بالأبناء بسلوك جانح في بداية الرشد (٧١).

المسار الارتقائي

تتلازم أعراض اضطراب السلوك الهادم فيما بينها أكثر مما تتلازم مع أي اضطراب آخر، وقد يعكس تلازم الأعراض التمايز فيما يبدأ باعتباره نمطا أحاديا لأعراض الخلل والاضطراب مثال قام (١٢) بتحليل عاملي لبيانات تم جمعها من عينة الأطفال في سن ٤-٥ عن أعراض هادمة وخلص إلى أنها تقع جميعًا في بعد واحد.

قصور الانتباه وفرط النشاط:

يبدو أن قصور الانتباه وفرط النشاط يظهر مبكرًا في الطفولة وقبل ظهور اضطراب السلوك الهادم، معظم الأطفال الذين يعانون قصور الانتباه وفرط النشاط يتم تشخيصهم من السنة الأولى في الالتحاق بالمدرسة فهناك علامات باكرة في الانتباه، وفرط الحركة والاندفاعية لدى الأطفال تؤدي إلى اختلال المواقف المختلفة وظهور مشكلات في التفاعل الاجتماعي، وتقدير الذات وضعف التحصيل (١٠)، كما أن مشكلات التفاعل الاجتماعي مع الأقران والراشدين والآباء يؤدي إلى رفض الجميع وبالتالي الإهمال الاجتماعي نتيجة للسلوك غير الملائم الذي يصدر عن الطفل، ويتمثل في نمط اندفاعي في معالجة الأفكار والمشاعر والتعامل مع الآخرين (٩٠) (٩١). كما تسهم مشكلات اضطرابات اللغة في خلق علاقات مضطربة بالآخرين وتدني التحصيل المدرسي وتدني نظام تنظيم الذات (٢٤) (٢٥) (٢٦). وتتكون حلقة مفرغة، العزلة عن الرفاق نتيجة لتأثير قصور الانتباه وفرط الحركة وما يترتب عليها من تأثيرات في مسار النمو إلى جانب محن أخرى ، مما يؤدي إلى ضعف الفرص لتنمية علاقات اجتماعية مناسبة، واحترام الذات ومهارات المجابهة والتقدم المدرسي وعمليات الصمود (١٩). إن الأداء الأكاديمي ومشكلات التحصيل في الشباب الذين يعانون قصور الانتباه وفرط الحركة تصل إلى ٥٠٪ (٥١) (١١٨). فضعف المثابرة والدافعية المحدودة (٨٩)، وقصور التنظيم (١٣٢) والأخطاء الناجمة عن الإهمال (١٢٢)

والسلوك الخارج عن الإطار المتفق عليه (١٢٨)، كلها تجتمع وتسهم في مشكلات المدرسة التي يعيشها من يعاني قصور الانتباه وفرط الحركة وهي مشكلات في إنجاز المهام التي تتطلب العمل المستقل في مكان ثابت، وفي الأداء المدرسي، وقصور في مهارات الاستذكار، وقصور في مهارات الامتحان، وقصور في تنظيم الكراسات وتنظيم المكتب الذي يستخدمه وتنظيم التقارير إلى جانب عدم الانتباه لشرح المعلم والمناقشة داخل الفصل وكلها علامات دائمة ومستقرة لدى من يعاني من قصور الانتباه وفرط الحركة (٤٠)، هذا النمط من الخلل يؤدي إلى نتائج سلبية متعددة في المجال الاجتماعي (٣٣)، وضعف الأداء في الامتحان(١٠٧) واختلال الذاكرة العاملة (٣٩)، وتدني الأداء المدرسي بشكل عام(٤٠). إن العجز عن المثابرة والتركيز يعطل السلوك داخل الصف وخاصة إذا كانت المهام المدرسية فيها تكرار أو مملة (١٢٣) وللأسف فإن هذه الصعوبات التي تظهر في بداية الحياة المدرسية وفي مناخ صفي يتطلب الاحتفاظ بالانتباه، وبذل الجهد والتوجه لهدف محدد، تؤدي إلى أن يصبح أداء ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة دون أداء أقرانهم، ولا يتناسب مع توقعات الكبار المهمين كما تؤدي إلى أن أقرانهم لا يرضون بهم ولا يقبلوهم (٥٥)، هذه الدائرة تخلق عوامل متجددة للتعرض للخطر، تضيق معها فرص ذوو قصور الانتباه وفرط الحركة في أن يتصفوا بالصمود. يجتمع الشك في الذات وافتقاد الثقة فإذا ما أضيفت إلى الفشل المدرسي والاجتماعي والفشل في الأنشطة العامة، التي يمارسها الآخرون (كالأنشطة الرياضية) وكلها تضعف تقدير الذات وتخلق ظروف إضافية للتعرض للإصابة بالاكتئاب والقلق، ولذا نجد أن نسبة كبيرة من ذوى قصور الانتباه وفرط النشاط في نهاية المرحلة الابتدائية ينسحبون من البيئة التعليمية تجنبًا للفشل، ويختارون الانضمام لمجالات غير مناسبة مفضلين الانتماء لفئة المارقين وليس الأغبياء (١٨) (٢٠). ولأن المرحلة الابتدائية تزود التلاميذ بالمهارات الأساسية اللازمة للتعلم بما فيها التحصيل والاستذكار والامتحان والمهارات التنظيمية ، فإن كثيرًا من الأطفال ذوى قصور الانتباه وفرط النشاط ينتقلون إلى المرحلة الإعدادية وهم غير مستعدين للمطالب المتقدمة التي تفرضها المرحلة، وهذا يغذي مشكلاتهم ويؤدي إلى زيادة

احتمال التسرب والفشل المدرسي والتحصيل المتدني ومخاطر الانتقال لمرحلة الرشد (١٠) (١١).

نخلص مما تقدم إلى أن أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة وخاصة الفشل في التنظيم الذاتي يقلل إلى حد كبير من النتائج الإيجابية، وبالتالي الفرص لتنمية الصمود في مواجهة الصعاب، وللأسف أن هذا النمط يزداد حدة وقوة في مرحلة المراهقة. ومما يثير الانزعاج في هذه النتائج تراكم الأدلة على انتشار تأثير قصور الانتباه وفرط الحركة في جميع جوانب الحياة الأكاديمية، والاجتماعية، والسلوكية، والوجدانية وكذلك أنشطة الحياة اليومية. إن ٨٠٪ ممن لديهم قصور الانتباه وفرط الحركة يستمر ظهور الأعراض الإكلينيكية في حياتهم (١٠) (١٤) (١٢٨)، وحتى الدراسات التي تناولت الفروق بين قصور الانتباه وفرط الحركة وعينة ضابطة لم تتجاوز نسبة التقارب بينهم وبين العينة الضابطة ٢٠٪ - ٣٠٪ من العينة موضوع الدراسة ، في حين أن ٧٠٪ من مجموع أفراد العينة الذين تمت متابعتهم لمدة عشرين سنة كانت لديهم صعوبات أكاديمية واجتماعية ووجدانية ترتبط بقصور الانتباه وفرط النشاط (٦٠). وتشير الدراسات الراهنة إلى أن ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة تظهر لديهم أعراض مصاحبة للأعراض الأصلية أكثر من أفراد العينة الضابطة في فترة المراهقة، وتؤثر هذه الأعراض في ظهور أنماط شخصية كارثية - إن جاز هذا التعبير - كاضطرابات السلوك المضاد للمجتمع أو الاضطرابات البينية. كما يظهر لدى ذوى قصور الانتباه وفرط النشاط علامات عن المزاجية، والقلق، والتشتت، والتعاطي في مقارنتهم بمن ليس لديهم عجز اجتماعي (٥٨). في هذه الدراسة الطولية التي استغرقت أربع سنوات لأولاد لديهم قصور الانتباه وفرط النشاط كان العجز الاجتماعي ينبئ بنواتج اجتماعية وسيكاترية سيئة بما في ذلك التعاطي والاضطرابات السلوكية. ويخلص الباحثون إلى أن قياس الوظائف الاجتماعية لدى ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة له قيمة أساسية في تحديد خطة العلاج. إن قصور الانتباه وفرط

الحركة يحد من إمكانية نمو الصمود. ويتضمن ذلك الارتباط بالآخرين والمحافظة على علاقة متبادلة مشبعة، والتحصيل المدرسي والمحافظة على الصحة العقلية مما ييسر نمو الصمود (٢١).

اضطرابات المخالفة (المعارضة) والاجتراء واضطراب المسلك:

ليس من المستغرب أنه في اضطراب المخالفة والاجتراء واضطراب المسلك يسبق ظهور الأعراض البسيطة ظهور الأعراض الشديدة، فيظهر لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة نمط سلوكي مضطرب واحد يتكون دائمًا من عدوانية ومخالفة (٤) ، هذه النتائج تتفق مع النظرة الارتقائية بأن اضطراب المعارضة والاجتراء عادة ما يسبق ظهور اضطراب المسلك، حيث إن احتمال ظهور اضطراب المسلك لدى من لديهم اضطراب المعارضة والاجتراء يمثل ٤ إلى ١ مقارنة بمن ليس لديهم أعراض اضطراب المعارضة والاجتراء. وقد درس باحثون متعددون المسارات النمائية لهذه الأنماط السلوكية وحددوا ثلاثة مسارات متوازية: (١) ظاهر[1] (٢) غير ظاهر[2] (٣) صراع مع السلطة (٧٠) (٨٠) (٨١) ، في المسار الظاهر يؤدي العدوان البسيط إلى تشابك بالأيدي ينتهي بالعراك والعدائية، في المسار غير الظاهر، تبدأ بسلوك بسيط كالسرقة من المنزل يؤدي في الأغلب إلى تخريب الممتلكات كإشعال الحرائق ثم إلى تكرار السلوك الإجرامي العنيف أو البسيط. في مسار الصراع مع السلطة تتطور المشكلات من العناد إلى الاجتراء، وتجنب السلطة كالهروب من المنزل ومن المدرسة. ويبدأ الشباب هذا المسار في سن ١٢ سنة، وإن كان غير مفهوم ما إذا كانت العدوانية في سن ما قبل المدرسة في ذاتها تزيد من خطورة التحول إلى أحد هذه المسارات (١٠٣).

---

(1) Overt.

(2) Covert.

الانتشار:

حين تستخدم الأعراض الواردة في الدليل التشخيصي الإحصائي DSM في دراسات وبائية تصل نسبة المصابين باضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة إلى ١٥٪، ففي دراسة ضمت ٥٠٠ طفل من أطفال العيادات الخارجية بأحد مستشفيات الأطفال انطبق تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة على ١٥٪ بعد استخدام أدوات قياس شاملة، (٩٢) وتشير الدراسات الميدانية التي استخدمت الدليل التشخيصي الرابع إلى أن ٩٪ من المجتمع ينطبق عليه عرض واحد على الأقل من أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة (٧)، وعندما يتم التدقيق والتحليل في النتائج تصل النسبة إلى ما بين ٣٪، ٦٪ (٥٦) (٦٥) وترتفع النسبة سواء قصور الانتباه وفرط الحركة أو اضطراب السلوك الهادم بصفة عامة بين أطفال المستويات الاقتصادية الاجتماعية الأدنى، فهناك متغيرات حياتية إضافية يبدو أنها تؤثر في انتشار هذه الاضطرابات ، فمثلاً وجد أن الأطفال في أسر التبني والرعاية ترتفع نسبة الإصابة بينهم إلى الضعف مقارنة بغيرهم من الأطفال (١٠١).

هناك دراسات محدودة تلك التي قدمت بيانات ذات مصداقية عن انتشار اضطراب المعارضة والاجتراء أو اضطراب المسلك باعتباره دالة للسن. في الدراسات الوبائية تم تقدير انتشار اضطراب المسلك في المجتمع العام بنسب تتراوح بين ٣٪ (١٢٥) للفئة العمرية ١٠ سنوات إلى ٧٪ (٩٤) في الفئة العمرية ٧ سنوات، وعلى أساس مراجعة البيانات المتاحة فإن انتشار اضطراب المسلك يتراوح بين ٤ إلى ١٠٪ (٦٧)، وكذلك فإن انتشار اضطراب المعارضة والاجتراء في المجتمع العام يصل لنفس النسبة المرتفعة (١)، إن سلوك الخلفة والعناد يمكن أن يكون صفة نمائية طبيعية في مرحلة الطفولة، فقد أشارت الدراسات الوبائية إلى أن نسبة سمات الخلفة تتراوح بين ١٦ إلى ٢٢٪ في الأطفال العاديين (٨٢) (لا يصنفون في فئات مرضية) في سن المدرسة. رغم أن اضطراب المعارضة والاجتراء قد يظهر في سن الثالثة ولكنه عادة لا يظهر قبل سن الثامنة ولا بعد سن المراهقة. وبالنسبة للأولاد ما بين ٥ إلى ٨ سنوات تتراجع

بعض السلوكيات كالعراك، ونوبات الغضب، وعدم الطاعة، والعناد، والتهيج وسرعة الغضب مع التقدم في العمر (١٢٩). وأيدت أبحاث أخرى (٨٧) نفس النتائج لدى الجنسين في الكذب والسلوك التدميري، وسلوك المخالفة، ونوبات الغضب. ويحدث أكبر تراجع في هذه السلوكيات في سنوات المرحلة الابتدائية. وتشير الأبحاث (١٢٤) إلى تراجع سلوك المخالفة والعناد لدى الذكور خاصة ما بين السنة الأولى والثانية، وتشير الدراسات إلى (١) أن تقدير الأمهات للسلوك العدواني انخفض بين سن الخامسة والحادية عشر لدى الأطفال ممن ليس لديهم تاريخ مرضي نفسي ، وعلى عكس ذلك اتفقت تقديرات المعلمين للعدوانية لدى نفس المجموعة السابقة ممن لديهم تاريخ مرضي نفسي ، كما زادت بعض الانحرافات غير الظاهرة أو غير الصريحة للسلوك الهادم كتعاطي الخمور والمواد المخدرة والسرقة حيث ارتفعت معدلاتها ما بين الطفولة المتأخرة، والسرقة حيث ارتفعت معدلاتها ما بين الطفولة المتأخرة والمراهقة (٨٣) مع ثبات معدلات الكذب في كل الأعمار (٣)، هناك شك حول اختلاف نسبة الانتشار مع تغير محكات التشخيص ، مثلاً عند مقارنة الدليل التشخيصي الثالث بالدليل المعدل فيما يتعلق بقصور الانتباه وفرط الحركة، فإن نسبة من تنطبق عليهم المحكات في الدليل المعدل ترتفع ١٤٪ عن الدليل الأصلي (٧٣). كما وجد أن محكات الدليل التشخيصي الخاصة باضطراب المسلك تنطبق على الذكور أكثر من الإناث (٧٣).

ويتضمن جدول ١٣-١ نظرة عامة لعوامل الخطر التي ترفع من احتمال خضوع الشباب للتشخيص المرضى بما فيها اضطراب السلوك الهادم. على الرغم من أن جميع هذه الدراسات لم تقيس تنوع المشكلات عبر المواقف المختلفة، فإن هناك محكات تشخيصية ثابتة، كما أن هناك متغيرات مثل عوامل الخطر التعليمية وتشمل مهارات معرفية ضعيفة، وضعف تقدير الذات الأكاديمي، وتحصيل متدن وإعادة سنوات الدراسة وكلها تظهر بصورة متسقة وتمثل عوامل خطر تؤدي للمشكلات الوجدانية والسلوكية. ويلاحظ أن كثيرا من عوامل الخطر المذكورة هي ذاتها ما تؤدي إلى تعرض الأطفال للاستهداف للاضطرابات والمحن تبعًا لما ورد في دراسات الصمود لدى الأطفال.

جدول ١٣-١

بعض العوامل المرتبطة بتزايد خطر الاضطرابات السيكاترية

	عامل خطـــر	يزيد احتمال الإصابة بـ
Anderson et al.	قدرات معرفية منخفضة	قصور في الانتباه متعدد
سنة ١٩٨٩	تقدير ذات أكاديمي منخفض	قصور في الانتباه ، قصور وجداني
سن ١١	تقدير ذات منخفض بصفة عامة	اضطراب وجداني - قصور الانتباه
	صحة ضعيفة	أي اضطراب
	رفاق السوء	اضطرابات متعددة
	أسرة ذات ظروف صعبة	اضطراب وجداني، قصور الانتباه
Bird et al سنة ١٩٨٨	تحصيل مدرسي منخفض، خلل في	اضطراب سلوكي - اكتئاب
السن (من ٤-١٦)	وظائف الأسرة	اكتئاب
	ضغوط حياتية شديدة.	اضطراب سلوكي - اكتئاب
Velez et al	مشكلات أسرية	اضطراب سلوكي
1989السن (من ٩-١٩)	البقاء للإعادة المتكرر (في المدرسة)	أي اضطراب
	ضغوط حياتية شديدة	قلق زائد - اضطراب سلوكي
Costello et al . 1989	الحياة في المدينة مقابل الضواحي،	اضطراب سلوكي
السن (٧-١١)	البقاء للإعادة المتكررة (في المدرسة)	اضطراب سلوكي
	ضغوط حياتية شديدة	أي اضطراب
	غياب الأب عن الأسرة	المعارضة والمخالفة
Offerd et al 1987	خلل في وظائف الأسرة	اضطراب سلوكي
السن ٤-١٦	البقاء للإعادة المتكررة (في المدرسة)	اضطرابات جسمية (الذكور فقط)
	إصابة الوالدين باضطراب عقلي	اضطراب المسلك والمخالفة
	القبض على أحد الوالدين	أي اضطراب (من ٤-١١ فقط فرط
	إصابة بمرض عقلي مزمن	حركة)

ADD = attention Deficit Disorder

Source: "Developments in child psychiatric Epidemiology"

(Special Edition) by E.J. Costello, 1989, Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry, 28, 836-841. copyright Used with permission of the author and publisher.

الأمراض المتآنية[1] (المصاحبة) :

يصاحب قصور الانتباه وفرط الحركة بعض اضطرابات السلوك الهادم، كما يصاحبه اضطرابات نمائية وسيكاترية أخرى لدى الأطفال إلى الحد الذي دعى الباحثين إلى وضع أنماط فرعية لقصور الانتباه وفرط الحركة، لتتضمن تجميعات بين قصور الانتباه وفرط الحركة وغيره من اضطرابات السلوك الهادم مثال قصور الانتباه وفرط الحركة مع اضطراب المسلك، وكذلك مع اضطرابات داخلية مثل قصور الانتباه وفرط الحركة مع القلق (٦٦)، حيث يصاحبه اضطرابات أخرى بمعدلات تفوق ما تسمح به الصدفة (١١٧). كما سبق فإن الاندفاعية تمثل العرض الرئيسي مما يزيد خطورة ظهور مشكلات أخرى خاصة في وجود عوامل خطر جديدة (أسرية ونمائية وتعليمية).

هناك أحداث تزيد أو تحد من احتمالية ظهور أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة(٥٦) كالخصائص الشخصية مثل الوظائف المعرفية والاستعدادات البيولوجية والخصائص البيئية سواء في البيئة المادية أو الاجتماعية، فما يقع في الأسرة أو المدرسة من أحداث يزيد أو يحد من أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة. إذا ما تم تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة ، يزيد احتمال الاكتئاب نتيجة للمشكلات الاجتماعية والفشل المدرسي وكذلك الأعراض الجانبية المصاحبة للعلاج الطبي، كما يزداد احتمال الإصابة اضطراب المسلك نتيجة للمشكلات الاجتماعية والمدرسية وكذلك لظهور السلوك المعادي للمجتمع والذي يعتبر عاملا خطرا مهمًا وأساسيًا.

---

(1) Comorbidity.

في محاولة لتعريف الاضطرابات المصاحبة لقصور الانتباه وفرط الحركة (١٦) تشير الأدبيات إلى ظهوره مصاحبًا لاضطراب المسلك واضطراب المعارضة والاجتراء واضطرابات المزاج والقلق وصعوبات التعلم وغيرها من الاضطرابات كالتأخر العقلي واضطرابات الشخصية البينية واضطراب اللازمات العصبية[١]. وتكون خصائص قصور الانتباه وفرط الحركة هي الأساس ، فإذا ظلت خصائص قصور الانتباه وفرط الحركة بذاتها فقط فقد لا تسبب مشكلات جسيمة أما إذا اختلطت بأحداث الحياة السلبية أو بعوامل خطر فسوف تؤدي إلى تضخيم مساوئ هذه الأحداث وما يترتب عليها من نتائج باعتبارها مؤثرا على الأطفال في حاضرهم ومستقبلهم (٥٦).

في عينة من المجتمع بلغ عدد أفرادها ١٥٠٠٠ مراهق تتراوح أعمارهم بين ١٤-١٨ سنة تمت المقارنة (٧٦) بين ست نتائج كلينيكية بأربعة اضطرابات سيكاترية هي الاكتئاب والقلق والتعاطي والسلوك الهادم، وكان تأثير الاضطرابات المصاحبة أقوى ما يكون على المشكلات التعليمية، والعلاجات العقلية ومحاولات الانتحار، وكان التأثير متوسطًا على الصراعات مع الوالدين وكان غير دال بالنسبة للأعراض الجسمية، وكان القلق أكبر اضطراب مصاحب، وكان أقل اضطراب التعاطي، وكان السلوك المضطرب والتعاطي أكثر شيوعًا لدى الذكور ، أما الاكتئاب والقلق فكان أكثر شيوعًا لدى الإناث. لم يكن تأثير الاضطراب المصاحب راجعًا للمرض العقلي ، ويشير الكاتبان إلى أن هناك معدلا مرتفعا من الاضطرابات المصاحبة أو المتآنية لدى المراهقين الذين يحولون العيادات.

في عينة كلينيكية[٢] كان ٥٠٪ من الحالات لديهم اضطرابات متآنية بين قصور الانتباه وفرط الحركة واضطراب المسلك يقابلها من ٣٠٪ - ٥٠٪ في العينات الوبائية (١٢٠)، فالأطفال ذوو قصور الانتباه وفرط الحركة ويصاحبه اضطراب المعارضة

(1) Tourette's disorder.

(٢) العينة الكلينيكية تستمد من المحولين للعلاج في العيادات النفسية، أما العينة الوبائية فتستمد من المجتمع.

والاجتراء أو اضطراب المسلك ويمثلون أعلى التكرارات في السلوك المضاد للمجتمع كالكذب والسرقة والعراك مقارنة بمن لديهم قصور الانتباه وفرط الحركة فقط دون أن يصاحبه اضطراب آخر (٩). ويضاف لذلك أن أصحاب الأعراض المصاحبة أكثر عرضة لرفض الرفاق، وهم أكثر تعرضًا للإهمال نظرًا لافتقارهم للمهارات الاجتماعية وأكثر تعرضًا للرفض نظرًا لسلوكهم العدواني، والمنطق البسيط يشير لحاجتهم أي ذوى الأعراض المتآنية لرعاية وخدمة مركزة لفترات أطول ، كما أن الأطفال ذوى الأعراض المتآنية المصاحبة معرضون أكثر من غيرهم لمشكلات في حياتهم في المستقبل، إن الإصابة بقصور الانتباه مع فرط الحركة مع اضطراب المسلك قد تفسر المشكلات التي يواجهها الراشدون الذين يمثلون جماعة فرعية من المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة. إن ظهور سلوك عدواني وعنادي (مخالف) لدى الأطفال ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة ينبئ بمشكلات المستقبل بدرجة أكبر (٤٣) ، كما أن الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل كإصابة أحد الوالدين بأمراض نفسية أو تفكك الأسرة، أو الوالدية غير الكفء، أو العدوان الوالدي، أو السلوك المضاد للمجتمع لأحد الوالدين أو كليهما، كلها عوامل منبئة بما تؤول إليه حالة الطفل أكثر من شدة أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة، إن هذه العوامل تكتسب ثباتًا مع الأيام كما تكتسب مقاومة للتغير، وتشير البيانات إلى أن ظروف الأعراض المصاحبة لقصور الانتباه وفرط الحركة التي تظهر قبل سن ١٠ سنوات ذات تنبؤ أسوأ كثيرًا مما لو ظهرت الأعراض المصاحبة بعد سن العاشرة (٩٣).

بعد دراسات متعمقة (٨٢) تبين الارتباط القوي بين اضطراب المسلك واضطراب المخالفة والاجتراء، لكن على الرغم من الارتباط بينهما، فإنهما مختلفان، فقد تبين من التحليل العاملي أن هناك تباينا وتمايزا، بين مجموعة اضطراب المخالفة والاجتراء ومجموعة اضطراب المسلك ، ولكن هناك أعراض معينة مشتركة بين المجموعتين، فتقريبًا كل الشباب من ذوى اضطراب المسلك لديهم تاريخ في اضطراب المخالفة والاجتراء، ولكن ليس كل ذوى اضطراب المسلك والاجتراء تتطور حالتهم إلى اضطراب المسلك ، ومن المثير للاهتمام أن يكشف ذوو اضطراب المخالفة والاجتراء في بعض

الدراسات عن إصابة الآباء باضطرابات مرضية ومحن أسرية تشبه ما يعاني منه الأطفال ذوو اضطراب المسلك ولكنها أقل حدة. ولا شك أن السن الذي تظهر فيه أعراض اضطراب المسلك وخاصة العراك والبلطجة والكذب والتدمير يوحي أن بعض الشباب ذوى اضطراب المسلك يظهر لديهم اضطراب المخالفة والاجتراء واضطراب المسلك بالتأني، ولكن الأعراض الأشد خطورة من اضطراب المسلك كالتدمير والهروب وسرقة المحلات واقتحام البيوت والاغتصاب كلها أعراض تظهر في سن متأخرة عن أعراض اضطراب المخالفة والاجتراء، وهناك بيانات تشير إلى وجود نمطين من اضطراب المخالفة والاجتراء كل منها له ارتباطاته ومساره ونتائجه، أحد النمطين يمهد لاضطرابات المسلك والآخر يعتبر زملة فرعية له. ولا يتطور ليصبح اضطراب المسلك في سنوات تالية. وليس من الغريب أن الصورة الأكثر عنفًا في أعراض المخالفة والاجتراء تتميز ببروفيل سلوكي أشد خلفه وتهيج.

وهناك دراسات تشير إلى تصاحب ظهور اضطراب القلق واضطرابات السلوك الهادم المخالفة والاجتراء، كما يصاحب القلق اضطراب المسلك بنسبة تفوق احتمالات الصدفة في مرحلتي الطفولة والمراهقة (٧٩).

وعلى المستوى الوبائي يصاحب الاكتئاب قصور الانتباه وفرط الحركة بنسبة انتشار تصل إلى ٣٠٪ وهي تفوق احتمالات الصدفة (٨٦). رغم أن بعض الدراسات (٢٧) وجدت أن اضطراب المسلك قد يكون مؤشرًا للاكتئاب لدى بعض الأطفال، فإن بعض الدراسات (١٣) تحفظت على هذا الارتباط لدى الأطفال ذوى أعراض الاكتئاب الشديدة، ففي عينة من ٤٢٤ من الأطفال والمراهقين من المحالين لتلقي علاج كان ٤٠٪ منهم لديهم أعراض اكتئاب، وكان لديهم تاريخ مزمن من الاختلال النفسي الاجتماعي، بالإضافة إلى معدل مرتفع من اضطراب المسلك واضطراب القلق و قصور الانتباه وفرط الحركة. وكان ٧٤٪ منهم لديهم أعراض اكتئاب شديدة، ٧٧٪ من ذوى الأعراض الاكتئابية المتوسطة يتم تشخيصهم باعتبارهم حالات قصور الانتباه وفرط الحركة مقارنة بنسبة ٧٤٪ في المجموعة الضابطة من الأسوياء

ويمجموعة سيكاترية ضابطة. ويفترض الباحثون أن الاكتئاب الشديد هو النتيجة وليس السبب في تلازم الاضطراب وذلك على ضوء سن ظهور الأعراض.

خطـر الوقوع في الاضطراب وتفاقمه:

هناك عوامل خطر بيولوجية ونفسية واجتماعية تهدد بظهور الاضطرابات السلوكية الهادمة، ومن عوامل الخطر البيولوجية التي تهدد بظهور الاضطرابات السلوكية الهادمة المورثات ، والانتقال عبر الأجيال ، والعوامل التشريحية العصبية ، والناقلات العصبية، والجهاز العصبي الأوتونومي ، والمشكلات الجينية، والتسممات العصبية (٢٢)، وعلى الرغم من عدم توفر دليل قاطع، فإن كثيراً من الدراسات تشير إلى وجود تأثير جيني على الاضطرابات السلوكية الهادمة، كما أشارت الدراسات (٤١) إلى وجود ارتباط جيني مرتفع خاص بالجنس فيما يتعلق باحتمال الإصابة باضطراب المخالفة والاجتراء واضطراب المسلك.

وجد كثير من الباحثين (٧٤) ارتباطاً بين اضطراب السلوك المضاد للمجتمع لدى الآباء وظهور اضطراب المسلك في مرحلة ما قبل المراهقة لدى الأبناء، كما أن التعاطي بين الآباء والمستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض والسلوك المخالف للمجتمع كلها عوامل أساسية في تورط الأبناء في أعراض اضطراب المسلك.

العوامل البيولوجية:

يرتبط اضطراب الفص الأمامي[1] بارتفاع احتمالية السلوك العنيف (١١١)، كما يرتبط اضطراب وظائف اللوزة الأميجدالا بصعوبة فهم المؤشرات الاجتماعية ، وأن الارتباط بين الأميجدالا ومناطق ما قبل مقدمة الدماغ تساعد في قمع الانفعالات السلبية (٢٧).

(1) Frontal lobe dysfunction.

ويرتبط انخفاض مستوى السيروتونين في السائل النخاعي بالعدوانية (٣٠) (٧٢). كما وجد ارتباط بين معدل السيروتونين في العينة العامة في سن ٢١ سنة وبين سجل الصفحة الجنائية الخاصة بالعنف (٩٨) مما يشير إلى أن العلاقة بين السيروتونين والعدوان تعكس علاقة مركبة بين البناء التشريحي العصبي والبناء الكيميائي العصبي ووظائف المخ التنفيذية واختلال تنظيم السلوك (٢٢).

تشير الدراسات إلى أن ذوي الاضطرابات السلوكية الهادمة مستوى الاستثارة الفسيولوجية لديهم منخفض. كما ارتبط بطء معدل ضربات القلب بالسلوك المضاد للمجتمع لدى المراهقين(٩٥) وكان ذلك منبأ بسلوك إجرامي في المستقبل (١١٢).

وهناك من الدلائل ما يشير إلى إسهام العوامل الجينية والتعرض للسميات في المرحلة الجينية ومراحل النمو المبكر وغيرها من مشكلات المرحلة الجينية، وإصابات المخ (٢٢) في الإصابة بأعراض الاضطرابات السلوكية الهادمة ، وارتبط تدخين الأم بإصابة الأطفال الذكور بأعراض اضطراب المسلك (١٢٦) ، كما ارتبطت مشكلات الحمل والولادة بالسلوك المشكل لدى الأطفال، إن البيئة الملوثة بالمواد السمية كالرصاص تسهم في الإصابة بأعراض الاضطرابات السلوكية الهادمة، كما يرتبط ارتفاع نسبة الرصاص في العظام لدى الأطفال في سن ١١ سنة بارتفاع معدلات السلوك العدواني والسلوك الجانح والأعراض الجسمية كما يرد في تقديرات الآباء والمعلمين (١٠٧).

وهناك بعض المتغيرات ذات التأثير في إمكانية الإصابة الاضطرابات السلوكية الهادمة، منها الحالات المزاجية، والتعلق، والوظائف النفسية العصبية، والذكاء، والأداء المدرسي والمهارات المعرفية الاجتماعية، حيث تنبئ الحالة المزاجية السلبية كما تعبر عنها الانفعالات السلبية، والاستجابات العنيفة وقصور المرونة بظهور مشكلات سلوكية خارجية في مرحلة الطفولة المتأخرة (١١٦).

يعتبر الذكاء المنخفض دائمًا إشارة على الاضطرابات السلوكية الهادمة، إلا أن العلاقة بين الذكاء من جانب واضطرابات المسلك وقصور الانتباه وفرط الحركة من جانب آخر غير مفهومة حتى الآن (٨٢). بالإضافة إلى أن نسبة الذكاء كما تقاس

بالطرائق التقليدية تـرتبط بانخفاض التحصيل والفشل المدرسي وكليهما يرتبط بالسلوك المضاد للمجتمع فيما بعد، ولكن ارتفاع نسبة الذكاء لا تستبعد مشكلات المسلك، فقد وجد أن الأولاد من ذوى الخصائص السيكوباتية، ولدى آبائهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، ومشكلات المسلك مساوين للمجموعة الضابطة ، وأعلى ذكاء من الذكور ذوى مشكلات المسلك، ولكن ليس لدى آبائهم مشكلات مرضية مضادة للمجتمع (٢٩).

عوامل نفسية ونفسية اجتماعية:

هناك مظاهر عديدة في ممارسات تنشئة الأطفال ترتبط بالسلوك الجانح والهادم (٥٢) (١٢٧) مثل درجة تعلق الطفل وأسلوب حل الصراع بين الطفل والآباء، وأسلوب التدريب على النظام الذي يتصف بالعنف وعدم الاتساق ، وسلوك الآباء الذي يتسم بالقهر بما يؤدي إلى السلوك العدواني لدى الصغار من الجنسين (٤٢).

إن الأسلوب الوالدي الذي يتسم بالخشونة وسوء المعاملة كالإساءة الجنسية والجسمية يزيد من خطورة التعرض لاضطراب المسلك بدرجة كبيرة (٤٩). إن الإساءة للأطفال الإناث والذكور بما في ذلك سوء المعاملة أو الإهمال تنبئ باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في المستقبل (٨٥) ، كما أن تأثير الرفاق له أهمية حيث يرتبط بإمكانية ظهور أعراض الاضطرابات السلوكية الهادمة واستمرارها، وكذلك فإن رفض الرفاق للأطفال ذوى مشكلات المسلك له أهمية خاصة (٣٢) (٣٤) حيث يرتبط بالعدوانية (٣٨) ، كما أن مصاحبة الأقران المنحرفين يؤدي إلى الانحراف لدى الذكور (٤٥) ، حيث إن التعرض لرفاق جانحين قد ينشط انحرافًا كامنًا (٣٥).

يرتبط السلوك الهادم بين الأطفال بجيرة تعاني الفقر والحرمان (٧٨)، إن الحياة في مساكن شعبية عامة يتعارض مع كل عوامل الوقاية (١٣١)، إن بعض عوامل الخطر الاجتماعية والاقتصادية مثل البطالة (٥٠) وانتشار العنف في الجوار (٥٩)

وفقر الأسرة وعدوانية الأطفال (٥٩) واستمرار تدني الحالة الاجتماعية الاقتصادية والفقر (٨٨) وهي ترتبط بالسلوك المضاد للمجتمع. وأخيرًا فإن التعرض اليومي للمنغصات يضيف إلى خطورة التعرض للاضطرابات السلوكية الهادمة لدى الأطفال، ومما يضاعف من تأثيرها ظروف الحياة التي تتسبب فيها أعراض الاضطرابات السلوكية الهادمة.

هل بعض الشباب ممن لديهم الاضطرابات السلوكية الهادمة أكثر صمودًا من غيرهم ؟

مازالت هناك حاجة لدراسة الأصول البيولوجية للصمود وقد تلعب دورًا في التنبؤ بالنتائج. وقد ركزت دراسات النتائج الإيجابية في مجال الاضطرابات السلوكية الهادمة على الحد من شدة الأعراض والحد من التعرض لمحن أسرية وتربوية وبيئية. وهناك اهتمام متزايد بدراسة الأفراد الذين يعانون من أعراض الاضطرابات السلوكية الهادمة وخاصة اضطراب المسلك واستطاعوا أن ينتقلوا بنجاح لمرحلة الرشد على الرغم من معاناتهم في المراهقة وبداية الرشد، فإن القصص التي جمعها مكتب[١] العدالة (١٠٩) ومنع الجناح تعطي مثالاً يشير إلى أن تركيز الجهد لإعادة التأهيل، ووجود منتور واهتمام فردي ، والأهم من ذلك إتاحة فرصة ثانية للشباب جزء مهم من المعادلة التي تقود إلى الصمود.

تنمية الصمود بين الشباب ذوي الاضطرابات السلوكية الهادمة: دليل للممارسة الكلينيكية

ما العوامل التي تساعد بعض الشباب والراشدين على تجاوز المحن واستعادة الاتزان على حين يصبح الآخرون مثقلين بمشاعر العجز واليأس؟ والبعض

(1) Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

يحقق نجاحاً لم يكن متوقعاً له تحقيقه على أساس ظروف حياته المبكرة، عندما وجد القوة للتغلب على العقبات التي تعترض طريقه، إن الذين حققوا النجاح يعتبرون صامدين. إن النتائج التي حققوها في مواجهة المحن تعكس بدقة الدراسات العلمية التي عرضت للنتائج الإيجابية في مواجهة الكثير من مشكلات الشباب بما فيها ما يرتبط الاضطرابات السلوكية الهادمة. هناك بعض الفصول في هذا المجلد التي تتناول تطوير وتطبيق سيكولوجية الصمود من المنظور الإكلينيكي، وسوف نتناول فيما يلي عرضاً مختصراً لتسع مؤشرات توجه الممارسة الكلينيكية:

١- نمي لدى هؤلاء الشباب استراتيجيات تساعدهم على أن يتعلموا إعادة كتابة المخططات السلبية. ونقصد بالمخططات السلبية تلك الكلمات أو السلوكيات التي يتبعونها وتستتبع نتائج سلبية.

٢- وفر للشباب ذوى أعراض الاضطرابات السلوكية الهادمة الفرص لتنمية مهارات إدارة الضغوط.

٣- أعط الشباب ذوى أعراض الاضطرابات السلوكية الهادمة الوقت لينموا ويطوروا القدرة على التفهم.(١) أو العاطف أو وضع أنفسهم مكان الآخر.

٤- علمهم مهارات التواصل من خلال تدريبات النمذجة والتعليمات، ويتضمن التواصل الفعال تقدير الفرد لفهمه للآخرين وفهم الآخرون له.

٥- ساعد الشباب ذوى الاضطرابات السلوكية الهادمة على تقبل ذاتهم دون أن يشعروا بعدم الكفاءة أو بأنهم مواطنون من الدرجة الثانية.

٦- يسر لهم الارتباط بالآخرين بإتاحة الفرص للشباب ذوى الاضطرابات السلوكية الهادمة ليساعدوا ويعملوا معلمين أو موجهين للآخرين.

٧- ساعد الشباب ذوى الاضطرابات السلوكية الهادمة على أن يروا الأخطاء باعتبارها تحديات عليهم مواجهتها وتجاوزها وليس دليلاً على القصور أو العجز.

---

(1) Empathy.

٨- ساعد كل شاب لديه الاضطرابات السلوكية الهادمة أن يمر بخبرة نجاح ويبني جزيرة[١] من الكفاءة في أي مجال للقوى لديه يحقق فيه نجاحًا يقدره الآخرون.

٩- ساعد الشباب ذوى الاضطرابات السلوكية الهادمة على تنمية مهارة التنظيم الذاتي وضبط الذات وكن صبورًا في هذا.

ملخص :

تمثل الاضطرابات السلوكية الهادمة أكثر أعراض الأطفال انتشارًا واضطرابًا وهي تؤثر على نسبة كبيرة من الأطفال ، وتصاحبها دائمًا أعراض أخرى ولكنها تعمل منشطا للناتج والمآل السلبي. وتعمل الاضطرابات السلوكية الهادمة على الحد من التأثير الوقائي، والحد من فرصة نمو الصمود باعتباره نمطا في التفكير ونمطا، في الشخصية عند الرشد.

وهناك بحوث تتزايد مع الأيام تقدم لنا فهما لعوامل الوقاية، التي يمكن أن تحمي الشباب وتحول دون تعرضهم للنتائج السلبية، ويأتي الأمل من جهود الممارسات الكلينيكية حيث تطبق في هذه الممارسات الاستراتيجيات الخاصة بتنمية الصمود والتوجه العقلي الصامد[٢] وهي بهذا تساعد الشباب على أن يتغلبوا على المحن والصعاب في رحلتهم في الحياة نحو الرشد.

(1) Island of Competence.

(2) Reselient mind-set.

REFERENCES

1- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry, 44*, 69–76.

2- Achenbach, T. M., Conners, C. K., Quay, H. C., Verlhulst, F. C., & Howell, C. T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17*, 299–320.

3- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monographs of the Society for Research and Child Development* (Serial No. 188), 46.

4- Achenbach, T. M., Edelbrock, C. S., & Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 629–650.

5- American Psychiatric Association (APA). (2001). *Diagnostic and statistical manual—4th edition, text revision*. Washington, DC: Author.

6- Anderson, T., Bergman, L. R., & Magnusson, D. (1989). Patterns of adjustment problems and alcohol abuse in early childhood: A prospective longitudinal study. *Development and Psychopathology, 1*, 119–131.

7- Applegate, B., Lahey, B. B., Hart, E. L., Biederman, J., Hynd, G. W., Barkley, R. A. et al. (1997). Validity of the age of onset criterion for ADHD. A report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1211–1221.

8- Barkley, R. A. (1997). *The nature of self-control*. New York: Guilford.

9- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder 3rd ed.* New York: Guilford.

10- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An eight-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 546–557.

11- Barkley, R. A., & Gordon, M. (2002). Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: Implications for a clinical practice. In S. Goldstein & S. Teeter Ellison (Eds.), *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention*. New York: Academic Press.

12- Bauermeister, J. J. (1992). Factor analyses of teacher ratings of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant symptoms in children aged four through thirteen years. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 27–34.

13- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., & Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 579–590.

14- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L. et al. (1996). A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of General Psychiatry, 53*, 437–446.

15- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E. et al. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1193–1204.

16- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry, 148*, 564–577.

17- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagan, A., Sanchez-Lacay, A., & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1120–1126.

18- Brooks, R. (1991). *The self-esteem teacher*. Circle Pines, MN: AGS.

19- Brooks, R. (1998). Self-esteem: Helping your child become a confident, resilient and persistent learner. In S. Goldstein & N. Mather (Eds.), *Overcoming underachieving: An action guide to helping your child succeed in school*. New York: Wiley.

20- Brooks, R. (2001). The mindset of the effective educator: Strategies to promote self-esteem and resilience. In N. Mather & S. Goldstein (Eds.). *Learning disabilities and challenging behaviors: A guide to intervention and classroom management*. Baltimore: Brookes.

21- Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children*. New York: Contemporary Books.

22- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1275–1293.

23- Campbell, S. B. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive pre-schoolers: Individual differences in early behavior and outcome. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.). *Rochester symposium on developmental psychopathology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

24- Cantwell, D. P., & Baker, L. (1977). Psychiatric disorder in children with speech and language retardation. *Archives of General Psychiatry, 34*, 583–591.

25- Cantwell, D. P., & Baker, L. (1989). Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 691–700.

26- Cantwell, D. P., Baker, L., & Mattison, R. (1981). Prevalence, type and correlates of psychiatric disorder in 200 children with communication disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 2*, 131–136.

27- Capaldi, D. M. (1992). The co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys, II: A 2-year follow-up at grade 8. *Developmental Psychology, 4*, 125–144.

28- Centers for Disease Control and Prevention (June 12, 2003). www.cdc.gov

29- Christian, R. E., Frick, P. J., Hill, N. L., Tyler, L., & Frazer, D. R. (1997). Psychopathy and conduct problems in children. II: Implications for subtyping children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 233–241.

30- Clark, R. A., Murphy, D. L., & Constantino, T. N. (1999). Serotonin and externalization behavior in young children. *Psychiatry Research, 86*, 29–40.

31- Cohen, P., & Flory, M. (1998). Issues in the disruptive behavior disorders: Attention deficit disorder without hyperactivity and the differential validity of oppositional defiant and conduct disorders. In T. A. Widiger, A. J. Frances, & H. J. Pincus (Eds.). *DSM-IV sourcebook, Vol. 4* (pp. 455–463). Washington, DC: American Psychiatric Press.

32- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). Aggression and anti-social behavior. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.). *Handbook of child psychology (5th ed., Vol. 3). Social, emotional and personality development* (pp. 779–862). New York: Wiley.

33- Coie, J. D., Dodge, K. A., & Coppotelli, H. (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology, 18*, 557–570.

34- Coie, J. D., & Lenox, K. F. (1994). The development of antisocial individuals. In D. C. Fowles, P. Sutker, & S. H. Goodman (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research* (pp. 45–72). New York: Springer.

35- Coie, J. D., & Miller-Johnson, S. (2001). Peer factors and interventions. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.). *Child delinquents* (pp. 191–209). Thousand Oaks, CA: Sage.

36- Costello, E. J., Edelbrock, C. S., Dulcan, M. K., & Kalas, R. (1984). *Testing of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in a clinical population: Final report*. (Contract No. RFP-DB-81-0027) Rockville, MD: Center for Epidemiological Studies, National Institute for Mental Health.

37- Davidson, R. J., Putnam, K. M., & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neuro circuitry of emotion regulation as a possible preclude to violence. *Science, 289*, 591–594.

38- Dodge, K. A., Price, J. M., Bachorowski, J. A., & Newman, J. P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 385–392.

39- Douglas, V. I., & Benezra, E. (1990). Supraspan verbal memory in attention deficit disorder with hyperactivity normal and reading disabled boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 617–638.
40- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools* (2nd ed.). New York: Guilford.
41- Eaves, L., Rutter, M., Silberg, J. L., Shillady, L., Maes, H., & Pickles, A. (2000). Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. *Behavioral Genetics, 30*, 321–334.
42- Eddy, J. M., Leve, L. D., & Fagot, B. I. (2001). Coercive family processes: A replication and extension of Patterson's coercion model. *Aggressive Behavior, 27*, 14–25.
43- Edelbrock, C. (1989). *Childhood conduct problems: Developmental consideration and a proposed taxonomy*. Unpublished manuscript. University of Massachusetts Medical Center, Worcester.
44- Eiraldi, R. B., Power, T. J., & Nezu, C. M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention deficit/hyperactivity disorder among six- to twelve-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 503–514.
45- Elliott, D. S., & Menard, S. (1996). Delinquent friends and delinquent behavior: Temporal and developmental patterns. In J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories*. New York: Cambridge University Press.
46- Farrington, D. P. (1995). The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings from the Cambridge study in delinquent program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*, 929–964.
47- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1994). Structure of DSM-III-R criteria for disruptive childhood behaviors: Confirmatory factor models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 1145–1155.
48- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1998). Conduct problems in childhood and psychosocial outcomes in young adulthood: A prospective study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 6*, 2–18.
49- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Factors associated with continuity and change in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 553–553.
50- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1997). Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 633–644.
51- Fischer, M., Barkley, R. A., Fletcher, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 580–588.
52- Frick, P. J. (1994). Family dysfunction and the disruptive behavior disorders: A review of recent empirical findings. *Advances in Clinical Child Psychology, 16*, 203–226.
53- Frick, P. J., Lahey, B. B., & Loeber, R. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinical sample. *Clinical Psychology Review, 13*, 319–340.
54- Goldstein, S. (2002). Continuity of ADHD in adulthood: Hypothesis and theory meet reality. In S. Goldstein & S. Teeter Ellison (Eds.), *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention*. New York: Academic Press.
55- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1990). *Understanding and managing attention deficit disorder in children*. New York, NY: Wiley.
56- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Understanding and managing attention deficit hyperactivity disorder in children* (2nd ed.) New York: Wiley.
57- Goldstein, S., & Gordon, M. (2003). Gender issues and ADHD: Sorting fact from fiction. *The ADHD Report, 11*(4), 7–11.
58- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Sienna, M., & Garcia-Jones, J. (1997). Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: Results from a four-year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 758–767.
59- Guerra, N. G., Huesmann, L. R., Tolan, P. H., Van Acker, R., & Eron, L. D. (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 63*, 518–528.

60- Hechtman, L. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In M. Weiss, L. T. Hechtman, & G. Weiss (Eds.). *ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis and treatment* (pp. 17–38). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

61- Hechtman, L., Weiss, G., & Perlman, T. (1984). Hyperactives as young adults: Initial predictors of adult outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 250–260.

62- Herrero, M. E., Hechtman, L., & Weiss, G. (1994). Children with deficits in attention, motor control and perception almost grown up: The contribution of various background factors to outcome at age sixteen years. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 1–15.

63- Hinshaw, S. P. (1987). On the distinction between attention deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, *101*, 443–463.

64- Ingram, S., Hechtman, L., & Morgenstern, G. (1999). Outcome issues and ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *5*, 243–250.

65- Jensen, P. S., & Cooper, J. R. (2002). *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.

66- Jensen, P. S., Martin, D. P., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1065–1079.

67- Kazdin, A. E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin*, *102*, 187–203.

68- Katz, M. (1997). *On playing a poor hand well*. New York: Norton.

69- Kellam, S. G., Simon, M. B., & Ensminger, M. E. (1983). Antecedents in first grade of teenage substance use and psychological well-being: A ten-year community-wide perspective study. In D. F. Ricks & B. S. Dohrenwend (Eds.), *Origins of psychopathology*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

70- Kelly, B. T., Loeber, R., Keenan, K., & DeLamatre, M. (1997). *Developmental pathways in boys' disruptive and delinquent behavior*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

71- Klein, K., & Forehand, R. (1997). Delinquency during the transition to early adulthood: Family and parenting predictors from early adolescence. *Adolescence*, *32*, 61–78.

72- Kruesi, M. J. P., Rapoport, J. L., Hamburger, S., Hibbs, E., Potter, W. Z., Lenane, M. et al. (1990). Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression, and impulsivity in disruptive behavioral disorders of children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 419–426.

73- Lahey, B. B., Frick, P. J., Loeber, R., Tannenbaum, B. A., Van Horn, Y., & Christ, M. A. G. (1990). *Oppositional and conduct disorder: I. A meta-analytic review*. Unpublished manuscript, University of Georgia, Athens.

74- Lahey, B. B., Loeber, R., Quay, H. C., Applegate, B., Shaffer, D., Waldman, I. et al. (1998). Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 435–442.

75- Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G., Green, S., Russo, M. F. et al., (1990). Comparison of DSM-III and DSM-III-R diagnoses for prepubertal children: Changes in prevalence and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 620–626.

76- Lewinsohn, P. M., Rhode, P., & Seeley, J. R. (1994). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 510–519.

77- Loeber, R., Burke, J., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000): Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 1468–1484.

78- Loeber, R., Green, S. M., Keenan, K., & Lahey, B. B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 499–509.

79- Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, *14*, 497–523.

70- Loeber, R., Keenan, K., Russo, M. F., Green, S. M., Lahey, B. B., & Thomas, B. (1988). Secondary data analyses for DSM-IV on the symptoms of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In T. A. Widiger, A. J. Frances, & H. J. Pincus (Eds.). *DSM-IV sourcebook* (Vol. 4, pp. 465–490). Washington, DC: American Psychiatric Press.

71- Loeber, R., Keenan, K., & Zhang, Q. (1997). Boys' experimentation and persistence in developmental pathways toward serious delinquency. *Journal of Child and Family Studies, 6*, 321–357.

72- Loeber, R., Lahey, B. B., & Thomas, C. (1991). Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 379–390.

73- Loeber, R., & Schmaling, K. B. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 100*, 379–390.

74- Loney, J., Whaley-Klahn, M. A., & Kosier, T. (1983). Hyperactive boys and their brothers at 21: Predictors of aggressive and antisocial outcomes. In K. T. Van Dusen & S. A. Mednick (Eds.), *Prospective studies of crime and delinquency* (pp. 181–206). Boston: Kluwer-Nijhoff.

75- Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry, 151*, 670–674.

76- McClelland, J. M, Rubert, M. P., Reichler, R. J., & Sylvester, C. E. (1989). Attention deficit disorder in children at risk for anxiety and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 534–539.

77- MacFarlane, J. W., Allen, L., & Honziak, M. P. (1962). A developmental study of the behavior problems of normal children between twenty-one months and fourteen years. Berkeley: University of California Press.

78- McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychology, 53*, 185–204.

79- Milich, R. (1994). The response of children with ADHD to failure: If at first you don't succeed, do try, try again? *School Psychology Review, 23*, 11–28.

80- Milich, R., & Landau, S. (1981). Socialization and peer relations in the hyperactive child. In K. D. Gadow & I. Bailer (Eds.), *Advances in learning and behavior disabilities (Vol. 1)*. Greenwich, CT: JAI.

81- Milich, R., Landau, S., Kilby, G., & Whitten, P. (1982). Preschool peer perceptions of the behavior of hyperactive and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10*, 497–510.

82- McDowell, M. J., & Rappaport, L. R. (September, 1992). *Neurodevelopmental comorbidity with attention deficit hyperactivity disorder: A clinical review*. Paper presented at the 10th annual meeting of the Society for Behavioral Pediatrics, St. Louis, MO.

83- McGee, R., & Share, D. L. (1988). Attention deficit disorder hyperactivity and academic failure: Which comes first and what should be treated. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 318–325.

84- McGee, R., Silva, P. A., & Williams, S. (1984). Behavior problems in a population of seven-year-old children: Prevalence, stability and types of disorder—A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25*, 251–259.

85- Mezzacappa, E., Tremblay, R. E., & Kindlon, D. (1997). Aniety, antisocial behavior, and heart rate regulation in adolescent males. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 457–469.

86- Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Developmental self-reported delinquents. *Developmental Psychopathology, 1*, 105–118.

87- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence limited and life-course-persistent to anti-social behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*, 674–701.

88- Moffitt, T. E., Brammer, G. L. & Caspi, A. (1998). Whole blood serotonin relates to violence in epidemiological study. *Biological Psychiatry, 43*, 446–457.

89- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course-persistent in adolescence-limited anti-social pathways among males and females. *Development and Psychopathology, 13*, 355–375.

90- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited anti-social pathways: Follow-up at age twenty-six years. *Development in Psychopathology, 14*, 179–207.

91- Molina, L. K. (1990). Adoptees may be at risk for hyperactivity but no one knows why. *Adopted Child, 9*, 1–2.
92- Mota, V. L., & Schachar, R. J. (2000). Reformulating ADHD according to signal detection theory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1144–1151.
93- Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (1999). Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development, 70*(5), 1181–1196.
94- National Household Survey of Drug Abuse (June 12, 2003). www.health.org/pubs/nhsda
95- National Institute of Child Health Human Development (June 12, 2003). www.nichd.nih.gov
96- National School Safety Center (June 12, 2003). www.nssc1.org
97- Needleman, H. L., Riess, J. A., Tobin, M. J., Biesecker, G. E., & Greenhouse, J. B. (1996). Bone lead levels and delinquent behavior. *Journal of the American Medical Association, 275*, 363–369.
98- Nelson, K. B., & Ellenberg, J. H. (1979). Apgar scores and long-term neurological handicap (Abstract). *Annals of Neurology, 6*, 81–83.
99- Offord, D. R., Boyle, H. M., & Racine, Y. (1989). Ontario child health study: Correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 856–860.
100- Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. (2000, May). *Second chances: Giving kids a chance to make a better choice*. U.S. Department of Justice, Publication #NCJ181680.
101- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*, 329–335.
102 Pliszka, S. R. (1999). The psychobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 371–395). New York: Kluwer Academic/Plenum.
103- Raine, A., Venables, P. H., & Williams, M. (1990). Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years. *Archives of General Psychiatry, 47*, 1060–1064.
104- Robins, L. N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32*, 193–212.
106- Rose, S. L., Rose, S. A., & Feldman, J. F. (1989). Stability of behavior problems in very young children. *Development and Psychopathology, 1*, 5–19.
107- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). *Education health and behaviour*. London: Longmans.
108- Sanson, A., & Prior, M. (1999). Temperament and behavioral precursors to oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorder* (pp. 397–417). New York: Kluwer Academic/Plenum.
109- Seidman, L. J., Benedict, K. B., Biederman, J., & Bernstein, J. H. (1995). Performance of children with ADHD on the Rey-Osterrieth complex figure: A pilot neuropsychology study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 36*, 1459–1473.
110- Semrud-Clikeman, M., Biederman, J., Sprich-Buckminister, S., Krifcher, L., Lehman, B., Faraone, S. V, et al. (1992). The incidence of ADHD and concurrent learning disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 439–448.
111- Still, G. F. (1902). The Coulstonian lectures on some abnormal physical conditions in children. *Lancet, 1*, 1008–1012.
112- Szatmari, P., Boyle, M., & Offord, D. R. (1989). ADHD and conduct disorder: Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 865–872.
113- Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wieselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity: I. Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry, 149*, 760–767.
114- Teeter, P. A. (1998) *Interventions for ADHD: Treatment in developmental context*. New York: Guilford.
115- Teeter-Ellison, A. (2002). An overview of childhood and adolescent ADHD: Understanding the complexities of development into the adult years. In S. Goldstein & S. Teeter Ellison (Eds.), *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention* (pp. 1–37). New York: Academic Press.

116- Tremblay, R. E. (2003). Why socialization fails: The case of the chronic physical aggression. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt, & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 185-206). New York: Guilford.

117- Velez, C. N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 782-784.

118- Wakschlag, L. S., Lahey, B. B., Loeber, R., Green, S. M., Gordon, R., & Leventhal, B. L. (1997). Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of General Psychiatry, 54*, 670-676.

119- Wasserman, G. A., Miller, L. S., Pinner, E., & Jaramilo, B. (1996). Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1227-1236.

120- Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents and adults* (2nd ed.). New York: Guilford.

121- Werry, J. S., & Quay, H. C. (1971). The prevalence of behavior symptoms in young elementary school children. *American Journal of Orthopsychiatry, 41*, 136-143.

122- White, H. R., Bates, M. E., & Buyske, S. (2001). Adolescence-limited versus persistent delinquency: Extending Moffitt's hypothesis into adulthood. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 600-609.

123- Wickström, P. O., & Loeber, R. (2000). Do disadvantaged neighborhoods cause well-adjusted children to become adolescent delinquents? A study of male juvenile serious offending, risk and protective factors, and neighborhood context. *Criminology, 38*, 1109-1141.

124- Zentall, S. S., Harper, G., & Stormont-Spurgin, M. (1993). Children with hyperactivity and their organization abilities. *Journal of Educational Research, 87*, 112-117.

الفصل الرابع عشر

من العجز إلى التفاؤل

دور الصمود في علاج الاكتئاب والوقاية منه لدى الشباب

كارين ريفيتش، جين إ. جيلهام،
تارام كابلين، مارتين إ.پ سسليجمان

بعض الاضطرابات النفسية الشائعة لدى الأطفال والمراهقين اضطرابات داخلية كالقلق والاكتئاب . وتشير البحوث التي تتناول دراسة القلق والاكتئاب إلى أن استدخال الاضطرابات يمكن تخفيضه، وحتى منعه ، إذا ما تمت تنمية أنماط معرفية أكثر دقة وفاعلية، ومهارات حل المشكلات ، وعلاقات أسرية داعمة . وقد حققت كثير من دراسات التدخل المعرفي السلوكي نتائج واعدة في علاج القلق والاكتئاب والوقاية منهما. وسوف نعرض "لبرنامج بن"[1] باعتباره مثالا لبرامج التدخل. ونرى أن معظم المهارات التي يغطيها برنامج "بن" وغيره من برامج التدخل الوقائية لا تقتصر على الاكتئاب أو القلق، ويمكن أن تكون ذات فائدة في رفع الصمود لدى الشباب ويمكن لبرامج التدخل التي تعلم وتدعم هذه المهارات أن تساعد الأطفال على أن يبحروا في مواقف صعبة يمكن أن يواجهوها في سنوات المراهقة والرشد في رحلة الحياة.

(1) Penn Resiliency Program.

الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين:

في أي نقطة على طول الزمن يعاني ٢-٣٪ من الأطفال و ٦-٩٪ من المراهقين من الاضطرابات الاكتئابية (١٤) (٤٣). ويمر ما يقرب من ١ من كل ٥ مراهقين بفترات اكتئاب في نهاية المرحلة الثانوية.(٤٣). وينتشر اضطراب القلق، الذي دائمًا ما يسبق أو يصاحب الاكتئاب، بين ١٠-٢١٪ من الأطفال والمراهقين (٣٨) (٥٨). ومن الملاحظ أن معدل الاكتئاب يتزايد بتقدم الأطفال نحو المراهقة، (٣٤)، مما يشير إلى أن مرحلة الانتقال للمراهقة مرحلة نمائية يتعرض فيها المراهقون لخطر الإصابة بالاكتئاب. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى زيادة معدلات القلق والاكتئاب في السنوات الخمسين الماضية (٤٢) (٦٤)، بما يعني أن الشباب اليوم أكثر عرضة للمعاناة من الاكتئاب والقلق مقارنة بآبائهم أو أجدادهم.

يركز هذا الفصل على الاكتئاب أحادي القطب[1]، وهو من أكثر أنواع الاضطرابات الداخلية شيوعًا. ولأن برنامج البحث يركز أساسًا على الوقاية من هذا الاضطراب وأعراضه، فسوف نناقش أعراض القلق ، حيث يتلازم القلق في كثير من الحالات مع الاكتئاب لدى الأطفال، ومعظم عوامل الخطر المعرفية - السلوكية ، وعوامل الصمود، ومعظم برامج التدخل التي سوف تناقش في هذا الفصل والتي تقع في مجال الاكتئاب تنطبق أيضًا على اضطراب القلق وأعراضه(٤١).

الاكتئاب أحادي القطب ، ويعرف بالاكتئاب الأساسي، يتميز بحزن شديد واضطراب في التركيز، والنوم، والأكل، والطاقة، والشعور بفقدان الأمل وتسلط الأفكار الانتحارية. الاكتئاب الأساسي في الشباب ليس مجرد مرحلة نمائية، وإنما هو مشكلة نفسية شديدة تستمر على مدى الزمن، ويمكن أن تعوق قدرة الأطفال على القيام بوظائفهم. يعاني الشباب المكتئب من انخفاض القدرة على الأداء في الحياة اليومية، و٨٥-٨٧٪ من المراهقين ممن يعانون من اضطراب الاكتئاب يقررون أن لديهم اختلال

(1) Unipolar.

أساسي في القيام بوظائفهم (٦٥). أكثر من هذا فإن نسبة ليست قليلة من الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب تظل لديهم الأعراض حتى مرحلة النضج. مثال وجد (٣٦) وزملاؤه أن ٦٠٪ من الأطفال ممن عولجوا من الاكتئاب يتعرضون لنوبة اكتئاب في الرشد (٣٦). الاكتئاب ليس فقط عبئًا على صاحبه بل إنه يكلف المجتمع تكاليف باهظة. في أمريكا يتكلف اضطراب الاكتئاب ٤٣ بليون دولار سنويًا بما في ذلك عدم إنتاجية الحالات والموت المبكر وتكاليف العلاج (٣٧).

وتمتد المشكلات المرتبطة بالاكتئاب لتتجاوز من تنطبق عليهم محكات تشخيص الاضطرابات الاكتئابية. فكثير من الأطفال والمراهقين لديهم مستويات عالية من الأعراض الداخلية، لكنها لا تصل للمستوى المرضي. مثلاً ١٠-١٥٪ من أطفال المرحلة الإعدادية يقرون بمعاناتهم من أعراض اكتئابية تتراوح في شدتها من المتوسطة إلى الشديدة (٤٧). وتشير البحوث إلى أن الأطفال من ذوو الأعراض الاكتئابية الشديدة يعايشون نفس الصعوبات التي يعايشها ذوو الاضطرابات الاكتئابية (٣٣). الأطفال والمراهقون الذين يعانون من مستويات عالية من أعراض الاكتئاب أو من اضطراب اكتئابي، يكون احتمال تعرضهم لصعوبات التعلم وصعوبات التفاعل الاجتماعي وتدخين السجائر وتعاطي المخدرات والإقدام على الانتحار احتمالاً كبيراً (١٥) (٢٧). على الرغم مما يترتب على الاكتئاب من مترتبات قاسية، فإن اكتشافه وعلاجه في المراهقة محدود، ٢٠ - ٢٥٪ فقط من المراهقين ممن يتم تشخيصهم على أنهم اكتئابيون يتلقون العلاج(٣٧) . إذا تدبرنا خطورة الاكتئاب وعدد الأطفال والمراهقين الذين يعايشونه، فإننا نتبين أهمية البحث في اكتشافه وعلاجه والوقاية منه لدى الشباب.

نماذج معرفية سلوكية لتطور الاكتئاب:

الباحثون في مجال تطور الأمراض النفسية يضعون نظرياتهم باعتبار أن الاكتئاب نتيجة للتفاعل المركب بين عوامل الخطر البيولوجية والمعرفية والوجدانية والاجتماعية (٦٢). يركز هذا الفصل على العوامل المعرفية والسلوكية المرتبطة بتطور

الاكتئاب، على الرغم من اعترافنا بأهمية منظومات أخرى، وأهمية التفاعل بينها وبين المنظومة المعرفية والسلوكية. فمثلاً خطورة التفاعل الاجتماعي كالشجار مع أحد الوالدين أنه قد يتفاعل مع أسلوب الطفل المعرفي السلبي (كل هذا خطئي، أنا طفل سيئ) إلى جانب وجود عامل خطر بيولوجي مثل الخجل أو القلق، فيؤدي هذا التفاعل إلى الاكتئاب.

كان نموذج العجز المكتسب[١] من أول النماذج المعرفية السلوكية للاكتئاب (٥٩)؛ حيث لاحظ سليجمان أن الأفراد الذين تعرضوا لأحداث سلبية خارج تحكمهم أو سيطرتهم يبالغون في تعميم هذه الخبرة ليصبحوا سلبيين في المواقف الأخرى التي تحت تحكمهم أو تحت سيطرتهم. هؤلاء الأفراد يظهر لديهم فتور في التعاطف، وضعف الشهية، وشعور باليأس، وغير ذلك من أعراض الاكتئاب الإكلينيكية، إن معايشة الأحداث السلبية التي تخرج عن حدود التحكم، يبدو أنها تؤدي لتوقع العجز، أي أن الأفراد يعتقدون أنهم لن يستطيعوا التحكم في الأحداث السلبية المستقبلية في حياتهم حتى القابلة للتحكم. كما لاحظ سليجمان أن بعض الأفراد يبدو أنهم يقاومون العجز، هؤلاء الأفراد يظلون مثابرين ولديهم الأمل حتى لو تعرضوا لأحداث سلبية خارج حدود التحكم. ومن هذا المنطلق وضعت النظريات المعرفية السلوكية لتفسير هذه الفروق الفردية.

تشير النظريات المعرفية السلوكية الأحدث إلى أن رؤية الفرد لنفسه والعالم والمستقبل رؤية سلبية، فإذا أضفنا لها الافتقار لمهارات المواجهة السلوكية فإنها تضع الفرد في خطر الوقوع في الاكتئاب والقلق (٤). وعلى العكس من ذلك، فأسلوب التفكير الواقعي ومهارات المواجهة الإيجابية تنمي الصمود وتحمي الأطفال من استدخال المشكلات. لقد طرح نموذج العجز المكتسب الجديد[٢] لتفسير لماذا يظهر البعض العجز

(1) Learned Helplessness model.

(2) Reformulated learned helplessness.

والاكتئاب في مواجهة المحن، في حين يكون الآخرون أكثر صموداً. تبعًا لهذه النظرية ، فإن البشر ينمو لديهم على مدى الزمن أساليب معرفية لتفسير الأحداث في حياتهم. فالأفراد الذين ينمو لديهم أسلوب تفسيري تشاؤمي يعزون الأحداث السلبية لعوامل داخلية ثابتة عامة، ويعزون الأحداث الإيجابية لعوامل خارجية طارئة ومحددة (١). مثال ، المراهق ذو الأسلوب التشاؤمي التفسير حين يفشل في امتحان الحساب قد يفكر بينه وبين نفسه "أنا غبي أنا لا أستطيع حل الحساب"، ويعزو النجاح في امتحان الحساب إلى أن "الامتحان كان سهلاً". هذا النموذج في العزو يؤدي إلى الشعور بالعجز (يتوقع الفرد أن الفشل سوف يستمر ويتكرر، ويعتقد أنه لا يستطيع أن يعمل شيئًا لتحسين أدائه). حين يستخدم هذا الأسلوب التفسيري التشاؤمي لتفسير الكثير من الأحداث عبر الزمن فإنه يؤدي إلى تعميم الشعور بالعجز، الذي يؤدي بدوره إلى السلبية وفقد الأمل واليأس. وقد ربطت كثير من الدراسات أسلوب التفسير التشاؤمي بالاكتئاب لدى الراشدين والأطفال (٣٢) (٥٧) (٦٣).

وهناك أوجه أخرى من القصور في الأساليب التفسيرية وحل المشكلات التي تؤدي إلى الاكتئاب. فقد وجد (٥٢) أن الأطفال المكتئبين يبدون تحيزاً نحو العزو العدواني، بمعنى أنهم يميلون لرؤية سلوك الآخرين على أنه عدائي، حتى لو كان سلوكًا محايداً ليست له معالم محددة. وهذا ما قد يساعد في تفسير التداخل بين الاكتئاب واضطراب المسلك[1] الذي يظهر كثيراً في مرحلة المراهقة (٥٥). بالإضافة للصعوبات والخلل في تفسير الهاديات الاجتماعية، فقد يفتقر الأطفال الاكتئابيون للمهارات السلوكية اللازمة لمواجهة المواقف الاجتماعية وتنظيم الانفعالات (٣٩). مثال لذلك ما تبين من أن الأطفال الاكتئابيين في الصف الرابع والخامس يقضون وقتًا أطول بمفردهم، ولديهم تفاعلات سلبية أكثر من رفاقهم أثناء وجودهم في فناء المدرسة ، وذلك بمقارنتهم بزملائهم غير المكتئبين. من المنظور النمائي، تصبح العوامل المعرفية السلوكية المرتبطة بالاكتئاب على درجة أكبر من الأهمية مع تطور نضج الأطفال في

(1) Conduct disorder.

الطفولة المبكرة، يندر حدوث نوبات الاكتئاب وفي الأغلب تكون استجابة لأحداث الحياة المفزعة ، مثل فقد عزيز أو التعرض لمدة طويلة لسوء الرعاية (٦١) (٦). ومع نضج الأطفال ، يكون معدل حدوث نوبات الاكتئاب أكبر ويتضمن تفسيراً معرفياً للأحداث (٢٣) (٢٥). في الطفولة المتوسطة، يمكن قياس أسلوب التفسير التشاؤمي بدرجة عالية من الثبات وهو يرتبط بأعراض الاكتئاب (٧) (٤٨). إن تطور التفكير المجرد ونموه ، والوعي بالذات، والتفكير في احتمالات المستقبل ، وكلها علامات تحدث في مرحلة المراهقة، وكلها تزيد من شدة أسلوب التفسير التشاؤمي ، وتوقعات العجز، وبالتالي الأعراض الاكتئابية. يواجه المراهقون العديد من التحولات الاجتماعية والبيولوجية بما فيها من تغيرات جسمية تصاحب البلوغ ، وتغيرات في العلاقة بالأصدقاء وأفراد الأسرة، وتغيرات في بيئة المدرسة حيث الانتقال من المدرسة الابتدائية إلى المدرسة الإعدادية (١٨) (٥١). هذه الأحداث تسبب الكرب وتتطلب من المراهق أن يستخدم استراتيجيات تتسم بالصمود في مواجهة المشكلات وحلها. فالأطفال الذين يصلون إلى مرحلة المراهقة وليس لديهم مهارات جيدة في حل المشكلات يتعرضون أكثر من غيرهم للاكتئاب.

العلاجات المعرفية السلوكية للاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين

تركز العلاجات المعرفية السلوكية للاكتئاب والقلق على الأساليب المعرفية ومهارات حل المشكلات. فيتعلم العميل أن يحدد تفسيراته السلبية، ويضع في اعتباره الأدلة التي تؤكدها أو تعارضها ، ثم يضع تفسيرات بديلة أكثر واقعية، وبالإضافة لذلك يتعلم العميل مهارات المواجهة وحل المشكلات بما في ذلك الاسترخاء وتقنيات التوكيدية (٥).

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى فاعلية العلاجات المعرفية السلوكية في علاج الاكتئاب لدى الراشدين (١٩). وتشير البحوث الأحدث إلى أن العلاجات المعرفية السلوكية يمكن أن تكون فعالة في علاج الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين (٤٠) (٥٣). مثال لذلك، البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي للمراهقين الاكتئابيين ، الذي

يركز على تخفيض الأفكار السلبية التلقائية ، وزيادة الانغماس في أنشطة إيجابية، وزيادة مهارات المواجهة ومهارات التفاعل الاجتماعي (٤٤) (٤٥). وقد تم اختبار فاعلية البرنامج، وكان إجراء البرنامج يتم منفرداً أو يصاحبه برنامج للآباء، وفي كلتا الحالتين انخفضت أعراض الاكتئاب لدى العينة التجريبية بمقارنتها بعينة ضابطة تمثل قائمة الانتظار. وقد نجحت علاجات معرفية سلوكية مشابهة في علاج اضطرابات القلق لدى الأطفال(٢٢) (٤١) (٤٦).

الوقاية المعرفية السلوكية من الاكتئاب

هناك العديد من الدلائل التي تشير إلى أن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن تكون فعالة في الوقاية من الاكتئاب وكذلك في علاجه. فمثلاً نجد أن الراشدين الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً يكون احتمال انتكاسهم مرة أخرى أقل من مجموعة مماثلة تلقت علاجاً بالعقاقير الطبية (٦٠). كما أشارت المشاهدات إلى أن التدخل المعرفي السلوكي يكون واعداً في علاج أعراض الاكتئاب أو اضطرابات الاكتئاب لدى الراشدين والأطفال (٣١). إن أفضل النتائج تحققت باستخدام البرنامج الوقائي (١٢) الذي قدم لعينة من المراهقين تراوحت أعمارهم من ١٣-١٨ ولديهم مستوى مرتفع من أعراض اكتئابية شبه إكلينيكية. وكان تعرض المراهقين الذين شاركوا في هذا البرنامج التدخلي للإصابة باضطرابات اكتئابية أقل من المجموعة الضابطة ، كما أشارت الدراسة التقييمية لهذا البرنامج (١٢) (١٣).

برنامج بن للصمود

صمم فريق من الباحثين برنامج بن للصمود، وهو البرنامج التدخلي المعرفي السلوكي (PRP)[1] للمراهقين. يتكون البرنامج من ١٢ جلسة كل منها ٩٠ دقيقة، يمكن

(1) Penn Resiliency program (PRP).

للمرشد النفسي أو المدرس أن يقدموها بعد تلقي التدريب المناسب. وقد استمدت تقنيات هذا البرنامج من العلاج المعرفي السلوكي للراشدين ، (٤) (٥) (٢٠) وتستخدم في كثير من برامج التدخل. وكان تأكيد البرنامج على مساعدة التلاميذ على استخدام مجموعة من المهارات لتحسين مهارات حل المشكلات لديهم ، وتنمية قدراتهم على الإبحار في خضم الضغوط اليومية، واستعادة قوتهم بعد تعرضهم لخبرات مثل فقد أحد الوالدين أو الطلاق. وسوف نعرض فيما يلي بعضا من التقنيات المستخدمة في برنامج (PRP)، التي نرى أن لها أهمية خاصة في بناء الصمود وتنميته والوقاية من القلق والاكتئاب.

على أساس ما قمنا به من أبحاث من ناحية ، ودراسات الصمود بصفة عامة من ناحية أخرى ، حددنا سبعة عوامل أو قدرات مفتاحية يبدو أنها ترفع مستوى الصمود (٥٤).

وسوف نعرض ما تحمله مهارات PRP من تأثير على كل قدرة من هذه القدرات (٥٣). ويشير (جدول ١٤-١) إلى القدرات السبع باختصار وهي: (١) تنظيم الانفعالات[١] - القدرة على تحديد الانفعالات، وتسميتها والتعبير عنها والتحكم فيها حين يكون هذا مناسبًا. (٢) التحكم في ضبط الاندفاع[٢] - القدرة على تحديد الاندفاع ومقاومة الاندفاع الذي قد يؤدي إلى نتائج معاكسة في الموقف أو تحول دون تحقيق هدف بعيد. (٣) التحليل السببي[٣] - القدرة على تحديد أسباب متعددة ودقيقة للمشكلات. (٤) تفاؤل واقعي[٤] - التفكير بتفاؤل قدر الإمكان في حدود الواقع. (٥) الكفاءة الذاتية[٥] - ثقة الفرد في قدرته على تحديد مهارات المواجهة وتطبيقها وحل المشكلات

(1) Emotion regulation..
(2) Impulse control.
(3) Analysis Causal.
(4) Realistic optimism.
(5) Self efficacy.

المناسبة للموقف. (٦) الإمباثية[1] – القدرة على تحديد الحالات الوجدانية لدى الآخرين والتواصل معها. (٧) التواصل[2] – الاستعداد للاتصال بالآخر من أجل تعميق علاقاته بالآخرين والحصول على المساندة في وقت الشدة والشعور بالرضا من هذا التواصل.

جدول ١٤-١

ملخص لمهارات برنامج بن، وقدرات الصمود المستهدفة

مهارات برنامج "بن"	قدرات الصمود المستهدفة
الموقف المثير – المعتقدات – النتائج	تنظيم الانفعالات والإمباثية
أسلوب التوضيح	التفاؤل الواقعي والتحليل السببي
الدحض الذاتي	الكفاءة الذاتية
اتخاذ منظور معين	التفاؤل الواقعي والكفاءة الذاتية
وضع هدف	التحكم في/ ضبط الاندفاع
التوكيدية والتفاوض	التواصل مع الآخر
اتخاذ القرار	الكفاءة الذاتية، التحكم في/ ضبط الاندفاع، الإمباثية

يبنى PRP على نموذج ABC الذي وضعه ألبرت إليس (٢٠)، الموقف المثير– المعتقدات – النتائج[3]، الذي يرى أن الأفراد المختلفين تتفاوت وتتنوع استجاباتهم ومشاعرهم تجاه الحدث الواحد بناء على خصوصية المعتقدات عن الحدث. في نموذج أليس A وتشير إلى الموقف المثير، وهي ليست السبب المباشر للنتائج أي

(1) Empathy.

(2) Reaching out.

(3) A. Activating event - B. Belief System - C. Consequences.

C، المشاعر والسلوك) في الموقف المثير. وإنما الأسباب المباشرة ترجع إلى أفكارنا ومعتقداتنا (B) حول الموقف، وهي التي تتوسط تأثير الأحداث على سلوكنا ومشاعرنا. ونحن نعلم المراهقين في برنامجنا كيف يحددون العلاقة بين أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم، ومن خلال هذه العملية يتوصلون لفهم أن منظومة معتقداتهم ليست مقدسة وليست دقيقة بالضرورة. إن التدريب على ABC له أهمية خاصة للأطفال والمراهقين الذين يواجهون القلق والاكتئاب؛ لأنه يعمل باعتباره خطوة أولى نحو تغيير المعتقدات التي تغذى استجاباتهم الانفعالية اللاتوافقية. وبصفة عامة فإن نموذج ABC يساعد على بناء الوعي الوجداني ، وهو مكون رئيسي في تنظيم الانفعالات ، لأنه من خلال استخدام هذه المهارة يمارس المراهقون مهارة تحديد استجاباتهم الانفعالية فيميزون بين الانفعالات المختلفة ويقيسون شدة الانفعالات التي يشعرون بها. بالإضافة إلى أننا نعتقد أن هذه المهارة تساعد في تنمية الإمباثية من خلال مساعدة المراهقين على أن يتعلموا كيف يستشرفون، ويحددون، ويعطون تسمية للانفعالات المختلفة التي يخبرها الآخرون في حالة تعرضهم للمحن والضغوط المختلفة.

نحن نبدأ بتعليم المراهقين نموذج ABC باستخدام شخصيات كرتونية تقوم بعرض محنة ما ونتائجها الانفعالية، وعليهم أن يملأوا وعاء الأفكار بمعتقدات تتناسب مع منطق ABC. وفي أحيان أخرى تقدم لهم المحنة ومعتقدات الشخصية الموجودة في المحنة ، وعليهم أن يحددوا الاستجابة الوجدانية التي يسببها المعتقد. مثال: في كرتون ما، في الصورة الأولى نرى تلميذاً يؤنبه ويصرخ فيه المدرب. في الصورة الثالثة يظهر التلميذ وهو يشعر بحزن شديد، ويطلب من المراهقين تحديد كيف يشعر التلميذ، ثم يقترحون أو يذكرون ما يرون أن التلميذ يقوله لنفسه؛ فيسبب له أن يشعر بهذا الشعور السلبي[1] (لن أصبح جيداً أبداً، أنا فاشل في الرياضة). إذا ما استطاع

(١) يمثل نموذج أليس ABC معادلة ذات ثلاثة مكونات: A الموقف المثير، B المعتقدات الشخصية، C المشاعر والسلوك الناتج. في هذه التدريبات يقدم المدرب مكونين فقط ويطلب من المتدرب أن يملأ المكون الناقص، فإذا قدم له A و B فيطلب منه ذكر C وإذا قدم له A و C فيطلب منه ذكر B، وهكذا.

التلاميذ أن يربطوا بدقة بين المعتقدات B والنتائج C في صحيفة الكرتون، فإنهم يستطيعون تحديد حوارهم الشخصي في مواقف المشكلات التي يواجهونها، والمشاعر والسلوكيات التي يخلقها هذا الحوار مع الذات. وقد وجد الباحثون أن مما يساعد المراهقين أن يربطوا بين معتقداتهم B بصوت داخلي (يردد أنت، أنت، أنت) ويساعدهم الباحثون في رفع هذا الصوت وكأنه راديو يسمعونه من الداخل بحيث يصبح مرتفعًا بما يسمح للتلميذ أن يسمع ما يقوله، خاصة أثناء أوقات المحن والضغوط. ومن خلال هذا التدريب يصبح المراهقون أكثر وعيًا بمعتقداتهم وكذلك تأثير معتقداتهم على حالتهم المزاجية وسلوكهم. ونؤكد أن الانفعالات السلبية ليست سيئة، بل بالعكس هي جانب صحي من الحياة وتقدم لنا وظيفة مهمة من وجهة النظر النمائية. كما نوضح أن الهدف ليس في إلغاء كل الانفعالات السلبية من حياتنا. وإنما نوجه التلاميذ للتفكير حول ما إذا كانت هناك انفعالات معينة تسود حياتهم، كما نساعدهم على تحديد أساليب تفكيرهم التي قد تؤدي إلى استشعار انفعال معين أكثر بكثير من غيره من الانفعالات.

تمثل مهارات ABC نظرة سريعة على أفكار الفرد ومعتقداته أثناء موقف مثير معين. وعلى الرغم من فائدة هذا، فإنه من المهم بالنسبة للمراهقين أن يبدءوا ملاحظة كيفية تفكيرهم في أحداث حياتهم. ويشير التوثيق العلمي إلى أن أفكارنا التلقائية الأوتوماتيكية تتأثر بأسلوب معالجة المعلومات أو بالمخططات[1] المعرفية للفرد، التي تحدد بدرجة كبيرة الاستجابة لأي حدث. والهدف من البرنامج هو مساعدة المراهقين على أن يكتشفوا أساليب تفكيرهم وانفعالاتهم التي قد تعود عليهم بنتائج معاكسة. وكما ذكر تلميذ في الصف السابع "لم أفكر من قبل كم من الوقت أشعر بالحرج، كنت أظن أن كل زملائي يشعرون بالحرج معظم الوقت، لكنني بدأت أرى أنني ليس علي أن أشعر بهذا الشعور بهذه الدرجة، قد أكون مهمومًا أكثر مما يجب بأفكار زملائي عني، في حين أنهم قد لا يكونون يفكرون فيّ أصلاً".

---

(1) Schema.

أحد أمثلة أساليب أو مخططات التفكير: أسلوب التفكير التفسيري[1]، وهو أسلوبنا المعتاد في تفسير الأحداث في حياتنا(١). من خلال البرنامج يتعلم المراهقون أن يحددوا أسلوبهم في التفسير (باستخدام مصطلحات مثل "هذا أنا مقابل هذا ليس أنا"، "دائما مقابل ليس دائما"، "كل شيء مقابل ليس كل شيء") وأهم من هذا ، أن يتساءلوا عن دقة معتقداتهم. على الرغم من أن التفسيرات التشاؤمية تميل إلى أن تؤدى إلى الشعور بالعجز والاكتئاب والقلق، فإن هدفنا أن نعلم التلاميذ كيف يفكرون بدقة في أسباب المشكلات التي يواجهونها وما يترتب عليها من نتائج، وليس إحلال الأسلوب التفاؤلي بدلا من التشاؤمي على كل الأحداث أو المشكلات. وهذا التدريب الخاص بإعادة النظر في العزو يهدف إلى التفاؤل الواقعي والتحليل السببي ، وهدفنا مساعدة التلاميذ أن يفكروا بمرونة أكبر في الأسباب المتعددة والمتنوعة للمشكلات، وليس مجرد استبدال بالأفكار السلبية الأفكار الإيجابية. والواقع أن بعض المراهقين الذين عملنا معهم كانت لديهم أساليب تفسيرية شديدة التفاؤل. وهؤلاء كانوا يعتقدون أنهم قادرون على تغيير أي موقف لا يناسبهم، وأن الآخرين هم سبب مشكلاتهم؛ لذا يجب توجيه اللوم لهم. ويساعد البرنامج هؤلاء التلاميذ على أن يفهموا أن هذا التفاؤل المبالغ قد يعوق قدرتهم على حل المشكلات وعلى نمو الصمود بدلاً من أن ينميها.

ويسمى البرنامج مهارة توليد معتقدات أكثر دقة " مهارة دحض الذات[2]". ويوجه المراهقين لاستخدام الأبعاد الثلاثية لأسلوب التفسير من أجل توليد طرائق أخرى لفهم أسباب حدث ما. وجوهر التدريب أن نساعدهم أن يفكروا "خارج الصندوق"، أي خارج ما اعتادوا التفكير فيه والذي يضعهم فيه أسلوبهم في التفسير. مثال: إذا كان لديهم ميل شديد لأن يكون لديهم ضبط داخلي (أنا مسئول عن كل شيء) يتم تشجيعهم على توليد تفسيرات حول إسهام الآخرين أو الظروف في خلق المشكلة.

(1) Explanatory style.

(2) Self Disputing

وبالمثل إذا كانت تفسيراتهم تشير إلى أنهم يعتقدون أن أسباب المشكلة غير قابلة للتغيير، يتم تشجيعهم للتوصل لتفسيرات أخرى بعوامل سببية مؤقتة يمكن تغييرها والتحكم فيها. وقد وجدنا أن استخدام الوعي بالأسلوب الشخصي في التفسير في عملية توليد البدائل له أهمية كبرى. حين لا يكون التلاميذ على وعي بميلهم نحو تفسير أسباب الأحداث في نمط معين، فإن البدائل التي يطرحونها تقع غالبًا داخل النمط الخاص بهم ولا تكون متنوعة. فالتلميذ ذو الضبط الخارجي (الأحداث التي تقع لي من صنع القدر أو الآخرين) يمكنه توليد أربعة بدائل لمعتقده الخاص عن والديه: (أتصادم مع والداي لأنهم شديدو الصرامة) وتكون البدائل كلها خارجية التوجه. (إنهم من الطراز القديم)، (إنهم لا يفهمونني)، (إنهم شغوفون بالتسلط). هناك مشكلات كثيرة تترتب على هذا، أبسطها أن هذه العملية تؤدي إلى دعم أسلوب المراهق وليس توسعته.

بعد أن يتوصل المراهقون إلى معتقدات بديلة، يتم تدريبهم على استخدام دليل[١] لتحديد أي البدائل أكثر دقة وتحديد الحلول الممكنة التي يتيحها فهمهم للمشكلة بصورة أفضل. ويعتبر الدحض الذاتي أداة قوية للتغلب على المعتقدات السلبية التي تغذي فقدان الأمل والاكتئاب. ويعتقد الباحثون أن عملية دحض الذات تزيد من الكفاءة الذاتية لدى المراهقين لأنهم يتعلمون من خلالها مهارات تمكنهم من حل المشكلات بكفاءة أكبر، وكما نقول دائمًا للمشاركين في البرنامج أنت لا تستطيع أن تحل مشكلة دون أن تعرف أسبابها.

يعلّم PRP التلاميذ أيضًا مهارة "وضعها في المنظور"[٢] واستشراف المستقبل، التي يمكن استخدامها حين تكون المعتقدات عن مترتبات حادث مثير، أو ما نسميه معتقدات تتعلق بما سوف يترتب على حدث "ماذا بعد"[٣]، في هذه النقطة من البرنامج نتوجه إلى المعتقدات الخاصة بالمستقبل وليس المعتقدات الخاصة بأسباب المشكلة. إن

(1) Evidence.

(2) Putting it in Perspective.

(3) What next

استشراف المستقبل ، مثل الدحض الذاتي ، يساعد التلاميذ على رؤية المستقبل بتفاؤل أكثر واقعية، كما أنه يزيد من كفاءة الذات في التعامل مع الأحداث السلبية المتوقعة. وقد وجدنا أن هذه المهارة لها أهمية خاصة في مساعدة الأطفال والمراهقين المعرضين لخطر الاكتئاب أو القلق، ذلك لأن ABC تنبئ أن توقع حدوث مصيبة نتيجة طبيعية لمعتقدات غير واقعية عن توقع حدوث أشياء كارثية ومرعبة في المستقبل. وبالنسبة للمراهقين المعرضين للقلق تبدو المشكلات الصغيرة غير قابلة للمواجهة أو الاحتمال ، ومن هنا يكون الخوف الشديد من النتائج الفظيعة المتوقعة نتيجة لها. "وضع الحدث في المنظور" يشجع المراهقين على تحديد وكتابة أسوأ الأفكار لما يمكن أن يترتب على المحنة التي تواجههم. حين تخرج هذه الأفكار من رؤوسهم وتوضع على ورقة أمامهم تصبح هناك مسافة بين المراهق ومعتقداته، ويكون أكثر قدرة على أن يبدأ فى التفكير في احتمال حدوث الأحداث المخيفة. هذه الأفكار ترد للمراهق كسلسلة متوالية تزداد عنفًا وشدة، مثال، تخيل تلميذ أنه لم يدع إلى حفل عيد ميلاد. "إذا لم أدع إلى هذا الحفل فسوف أكون حديث الجميع، وسوف أصبح أضحوكة في المدرسة، وسوف يهزأ مني كل الزملاء، وإذا حدث هذا فعليّ أن أترك هذه المدرسة لأنني لن أستطيع مواجهة الموقف، لكن إذا تركت المدرسة فسوف أصبح التلميذ الجديد في المدرسة الجديدة، وأصبح المعزول في هذه المدرسة أيضًا". إن الرابطة السببية بين عدم دعوة التلميذ للحفل و بين أنه سوف يصبح معزولاً في المدرسة رابطة ضعيفة للغاية، لكن النقلة ما بين فكرة والفكرة التي تليها قد تبدو معقولة خاصة لتلميذ يعاني القلق.

لكي نوقف عملية تحويل الموقف إلى كارثة ، نوجه الأطفال للخروج من خيالاتهم المرعبة وذلك بتعليمهم كيف يقدرون احتمالية وقوع كل فكرة على أساس ارتباطها بالمحنة الأصلية، (في هذا المثال كانت عدم الدعوة إلى عيد الميلاد هي بداية سلسلة الأفكار وما توصل إليه التلميذ)، وهو في هذا المثال (سوف أصبح معزولاً حتى لو غيرت المدرسة). وفي البرنامج نعلم المشاركين أن يتوصلوا أو يفكروا في بدائل لسيناريوهات إيجابية (مثلاً سوف يدرك الآخرون أن موزع البريد أخطأ في العنوان وحرم هذا الولد المحبوب من حضور الحفلة). هذه الخطوة مهمة لأن سذاجة أفضل سيناريو تساعد في

جذب المراهق بعيداً عن تفكيره الكارثي، وبالتالي تخفض قلقه وتزيد من المشاعر الإيجابية لديه. الخطوة التالية استخدام سيناريو أفضل الأحوال وسيناريو أسوأ الأحوال(١) للوصول لأقرب الاحتمالات حدوثًا. وعندما تتحدد النواتج الأكثر احتمالاً في الحدث، نعلّم المراهق أن يضع خطة لمعالجتها أو التعامل معها. إن مهارة وضع الحدث في المنظور، أو استشراف المستقبل ، إلى جانب أنها تخفض من قلق المراهقين لأنها تساعدهم على تنمية استراتيجيات للتعامل مع النتائج الواقعية (وليس ما يتخيلونه) للمشكلات التي يواجهونها ، فإنها تنمي لديهم التفاؤل والكفاءة الذاتية. في PRP، يتم تدريس وضع أهداف واقعية، وهي مهارة مهمة لكل المراهقين، وذات قيمة خاصة لمن يشعر بالتشاؤم أو فقدان الأمل في المستقبل . إن المراهقين الذين يتعلمون وضع أهداف قابلة للتحقيق ويضعون خططًا لتحقيقها ينمون نظاماً ذا قيمة لمقاومة الاندفاع الذي يمكن أن يضعف الصمود. في PRP، يتعلم المشاركون وضع الأهداف الواقعية باتباع تكنيك "خطوة بخطوة"(٢)، حتى تصبح المشروعات الكبيرة قابلة للتنفيذ ، من خلال تقسيم المشروع الكبير إلى خطوات قابلة للتنفيذ، كما نساعد المراهقين على تحديد المعتقدات التي تدعم التلكؤ أو الاندفاعية التي تعوق خططهم ، ويتم استخدام مهارة دحض الذات لاختبار دقة وفائدة هذه المعتقدات.

كما يتضمن PRP التدريب على التوكيدية والتفاوض. وقد وجدنا أن هذه المهارات ، وخاصة التوكيدية ، تساعد المراهقين على أن يشعروا بالأمل عند التعامل مع الآخرين فيما يتعلق بحاجاتهم أو طلباتهم أو مشاغلهم. من منظور الصمود ، تساعد التوكيدية على تبني التواصل مع الآخر من خلال مساعدة المراهقين على التواصل والارتباط بالآخرين مما يرفع من احتمال الاستماع لحاجاتهم. ولأن المراهقين المعرضين للاكتئاب دائمًا ما يكون تقديرهم لإمكانية تحسن مواقف الحياة محدوداً للغاية، فإنهم يستجيبون للمشكلات في تفاعلاتهم مع الآخرين بسلبية. في PRP نبدأ بتطبيق مهارات

(1) Best-case and worst-case.

(2) One step at a time.

دحض الذات واستشراف المستقبل، ووضع المشكلة في المنظور بالنسبة للمعتقدات التي تغذي السلبية مثل: "لن يستمع إليّ على أي حال" أو "إذا طلبت منها أن تتوقف فسوف تعتبرني (زنانة)".. وهناك مراهقون آخرون تكون لديهم معتقدات تغذي العدوانية ، مثل: "الطريقة الوحيدة لكي تحصل على الاحترام أن تكون قويًا"، أو "إذا لم أحارب من أجل ما أريد، فلن أجد من يستمع إلي". وسواء كان المراهق معتمداً على الأسلوب الانسحابي أو الأسلوب العدواني في التفاعل مع الآخر، فإن هدفنا أن نساعده على أن يقيّم مدى تحقيق استراتيجيته لأهدافه وتحدى المعتقدات التي قد تغذي السلوكيات المعاكسة لهذه الأهداف. بالإضافة إلى أننا نعلن بوضوح أن طلب المساعدة علنًا وصراحة استراتيجية مواجهة ذات قيمة عند مواجهة الفرد للمحن أو الصدمات.

بعد أن يتحدى المراهقون المعتقدات التي تغذي السلوك اللاتوكيدي، نعلمهم منحى ذا أربع خطوات لتحقيق التوكيدية. هذه المهارة تثير التحدي لدى المراهقين خاصة من يشعر منهم بفقدان الأمل، لذلك فإننا نضمّن كثير من جلسات البرنامج تدريبات التوكيدية. وقد وجدنا أن كثيراً من المراهقين يقاومون تدريبات التوكيدية ، لكن مع التدريب يجدون أن التوكيدية من أهم المهارات التي تعلموها في البرنامج. إذا أخذنا في الاعتبار عزوفهم التلقائي عن ممارسة التوكيدية ، فمن المهم أن نستمر في تحديد معتقداتهم حول تجربة المهارة، ونساعدهم على استخدام المهارات المعرفية الأساسية في البرنامج بما يؤهلهم لتحدي أي معتقدات تشاؤمية.

كما أننا نعلم مهارات اتخاذ القرار والحل الإبداعي للمشكلات ضمن مهارات PRP. وكلاهما يعمل على رفع الكفاءة الشخصية والتفاؤل، والتحكم في ضبط الاندفاع والإمباثية لدى التلاميذ. وعندما اتبعنا تكنيك "خطوة بخطوة" في التوكيدية ، كان هدفنا أن نحدد المعتقدات التي تدفع المراهق نحو قرارات أو حلول غير منتجة ولا تتسم بالصمود. إذ إنه عندما يتمكن التلاميذ من تقييم دقة وفائدة هذه المعتقدات، نقدم لهم نماذج حل المشكلات واتخاذ القرارات. ونؤكد في كل من نماذج حل المشكلات واتخاذ القرارات أهمية التمهل في ممارسة العمليات حتى نتأكد أنهم لا يستجيبون

باندفاعية. ونوجههم نحو تحديد أهدافهم ، وجمع بيانات دقيقة عن الموقف ، ثم نعمل معهم لنولد مسارات متنوعة ومتعددة لتحقيق الهدف. كما نساعدهم على أن يضعوا في اعتبارهم الإيجابيات والسلبيات المرتبطة بكل قرار، سواء من منظور الوقت (المدى القصير مقابل المدى الطويل) ، أو من وجهة نظر الفرد ووجهة نظر الآخر، (كيف يؤثر عليّ هذا القرار؟ وكيف يؤثر على باقي الأفراد الذين يضمهم الموقف؟) مع التركيز على مدى تأثير قراراتهم وحلولهم على الآخرين. نساعدهم على بناء الإمباثية نحو أطراف الموقف الآخرين . وحين يبدأ التلاميذ رؤية الفروق بين الأفراد في قدرتهم على مواجهة المواقف الصعبة ، نجدهم يشاركون بقصص حول زيادة الثقة ، والأمل في المستقبل ، والإحساس بالتحكم في تصرفاتهم.

نتائج برنامج بن للصمود

في الدراسات الأولى لبرنامج بن للصمود ، كان التقييم منصبًا على فاعليته باعتباره برنامجًا وقائيًا ضد الاكتئاب للتلاميذ الذين أفادوا بوجود أعراض اكتئابية ، وصراعات داخل الأسرة أو كليهما بدرجة فوق المتوسط . وتمت مقارنة التلاميذ الذين شاركوا في البرنامج بعينة ضابطة. وأشارت النتائج إلى تحسن الأسلوب التفسيري لدى العينة التجريبية ، وأن التحسن استمر لمدة ثلاث سنوات. كما أشارت النتائج إلى انخفاض مستوى الأعراض الاكتئابية بعد سنتين من التدخل، وكان تعبير أفراد المجموعة التجريبية عن الأعراض الاكتئابية الشديدة أو المتوسطة الشدة أقل من المجموعة الضابطة (٣٠) (٢٨). وقد تكرر إجراء التجربة (٦٦) على عينة من أطفال المدارس الصينيين خلال ٦ شهور ، كما أعيدت مرة أخرى على عينة من المراهقين ١١-١٣ في أستراليا (٥٦) ممن يعانون أعراضًا اكتئابية ، في هذه الدراسة أدى برنامج "بن" إلى انخفاض أعراض القلق ولكن ليس أعراض الاكتئاب. ومازالت دراسات تقييم البرنامج مستمرة بوصفه برنامجًا تدخليًا للمشاركين المعرضين للخطر. كما بدأنا تقييم برنامج "بن" بوصفه برنامجًا تدخليًا للجميع ، أي دون قصره على المعرضين للخطر، ويعتقد الباحثون

أن مهارات حل المشكلات والمهارات المعرفية التي يتضمنها برنامج "بن" مهمة لرفع معدلات الصمود، وأنها ذات فائدة لمعظم الأطفال. ويدعم هذا الرأي ما وجدناه من أن برنامج "بن" باعتباره برنامجًا وقائيًا يمنع حدوث الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال سواء كانت لديهم أعراض اكتئابية شديدة أو ضعيفة، (٣٠). وإن لم تكن النتائج كلها في الاتجاه نفسه . فمثلاً في تقييم لبرنامج بن باعتباره برنامجًا وقائيًا عامًا (١١) تم تطبيقه على تلاميذ من المناطق الفقيرة من أمريكا اللاتينية، أفادت عينة من المشاركين بتراجع الأعراض مقارنة بأفراد العينة الضابطة، وذلك بعد انتهاء البرنامج. وفي عينة أخرى من الأمريكيين الأفارقة انخفضت معدلات الأعراض الاكتئابية لدى العينتين التجريبية والضابطة ولم يكن الفرق بينهما دالاً. في تقييم أخر لبرنامج "بن" باعتباره برنامجًا (٥٠) تدخليًا وقائيًا عامًا قدم لتلاميذ من بيئة ريفية أسترالية، وجد أنه لم يخفض الاكتئاب أو القلق وذلك عند المقارنة بين من قدم لهم البرنامج ومجموعة ضابطة. ولأن هذه الدراسة تتبعت عينة صغيرة الحجم فهذا قد يفسر عدم وجود فروق واضحة ، ومازال فريق العمل يتابع تقييمه لبرنامج بن.

إشراك الآباء فى تدريبات الصمود

أحد السبل التي نتبعها لرفع كفاءة برنامج بن أن نشرك الآباء في البرنامج. من الأفضل للطفل للوقاية من الأعراض الاكتئابية أن يشترك الآباء في البرنامج مع الأبناء، فأبناء الآباء المكتئبين أكثر عرضة لخطر الإصابة بالاكتئاب (١٧). ويبدو أن العلاقة بين اكتئاب الآباء واكتئاب الأبناء ترجع لعوامل متعددة تصاحب أو تترتب على اكتئاب الآباء ، وإن كانت هذه العوامل نفسها قد تصدر من أباء غير اكتئابيين. فقد وجد أن التفاعل الإيجابي بين الآباء الاكتئابيين وأطفالهم أقل من الآباء العاديين (٢١). كما أنهم يمثلون نموذجًا سلبيًا في تفسير الأحداث والمواقف ، ونموذجًا سلبيًا لمهارات المواجهة اللاتوافقية أو السلبية. حين يعطي الآباء تفسيرات سلبية تشاؤمية لأحداث الحياة فيتبنى الأبناء نفس الأنماط التفسيرية حين يواجهون مشكلات في حياتهم. وقد

يتوقعون أن الأحداث السلبية سوف تدوم وسوف يكون من الصعب أو المستحيل التغلب عليها. حين يعطي الآباء تفسيرات تشاؤمية لأحداث ترتبط بحياة الطفل (مثال لذلك ، "أنت رسبت في الامتحان لأنك كسلان") ، هنا يستدخل الأطفال هذه التفسيرات ويفسرون المحن التي يواجهونها من نفس المنظور، وقد وجد أن الأسلوب التفسيري لدى الأطفال يرتبط بالأسلوب التفسيري لدى الآباء ، وخاصة تفسير الآباء لأحداث خاصة بحياة الطفل (٢٤).

كان هناك هدفان أساسيان لبرنامج بن للآباء[1] : (١) لتنمية الصمود بصفة عامة لدى الآباء بتعليمهم المهارات الأساسية في برنامج "بن" . بعد إدخال التعديلات المناسبة. (٢) لتعليم الآباء نمذجة المهارات بكفاءة لأطفالهم ومتابعة أطفالهم في ممارسة المهارات التي تعلموها في برنامج "بن". ويقدم PRP-P في ست جلسات كل منها ٩٠ دقيقة، ويمكن أن يقدمها المرشد النفسي في المدرسة أو الاختصاصي الاجتماعي بعد الحصول على شهادة أو ترخيص بعد التدرب لمدة ٣٠ ساعة على يد أحد الخبراء بالبرنامج.

تتكون الجلسات من مكونين أساسيين. المكون الأول الأساسي يركز على تدريس الآباء كيف يستخدمون المهارات في حياتهم. ويناقش الآباء في هذا المكون المحن والتحديات التي يمرون بها من القضايا المهنية إلى القضايا الزوجية إلى التحديات الخاصة التي تواجههم مع أبنائهم المعرضين لخطر الإصابة بالاكتئاب. والمكون الثاني يتناول كيف يكون الوالدان نموذجين أو موجهين لأبنائهما في ممارسة المهارات. ويكون تأكيدنا هنا على مساعدة الآباء على ترقب اللحظات التي يمكن أن تكون "لحظات تعلم" وتساعدهم على أن يشعروا بالراحة وهم يشاركون أبناءهم في ممارسة المهارات بطريقة مناسبة.

توجه الجلسات الخمس الأولى من برنامج "بن" للآباء للمهارات المعرفية الأساسية للصمود: تقديم ABC (الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك) ، والدحض الذاتي (تحدي

(1) Penn Resiliency Program for Parents (PRP-P).

المعتقدات غير الدقيقة)، ووضع الحدث في المنظور (تحدي المعتقدات الكارثية) ، صمود الوقت الفعلي (دحض المعتقدات المعاكسة في الوقت الفعلي)، والتوكيدية. أما الجلسة الأخيرة فتخصص لمراجعة مجموعة المهارات، مع تدعيم طرائق لتنمية المهارات في إطار الأسرة ، وتحديد الضغوط المتوقعة والمهارات التي يمكن استخدامها للتعامل مع هذه الضغوط .

أجريت دراسة استطلاعية صغيرة لبرنامج تدخلي جمع بين الآباء والأبناء، ضمت الدراسة ٤٤ تلميذًا بالمرحلة الإعدادية وأباءهم، وتم تقسيمهم عشوائيًا إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. شارك التلاميذ في المجموعة التجريبية في برنامج "بن" للمراهقين. كما شارك أباؤهم في برنامج "بن" للآباء، وتشير النتائج إلى أن التدخل الذي جمع الآباء والأبناء منع ظهور أعراض الاكتئاب والقلق في السنة التالية للبرنامج. وكانت النتائج قوية بالنسبة للقلق بصفة خاصة ، حيث كان انتشار أعراض القلق المتوسط والحاد لدى المجموعة الضابطة خمسة أضعاف المجموعة التجريبية (٢٩). وعلى الرغم من أن النتائج كانت مبشرة فإن العينة كانت صغيرة ، وبالتالي فإن تفسير النتائج يتطلب حرصًا شديدًا، لذلك فهناك حاجة للقيام بتقييم للبرنامج على عينات أكبر.

ومما يلفت النظر أن هناك عددًا صغيرًا من البرامج تلك التي حاولت أن تمنع الاكتئاب أو القلق بإضافة مكونات خاصة توجه للآباء. وكانت أيضًا نتائج البرامج الأخرى إيجابية. هناك برنامج تدخلي (٣) للأسر التي يعاني فيها أحد الوالدين أو كلاهما من اضطراب (اكتئاب) أحادي أو ثنائي القطب. وكان الهدف الأساسي من البرنامج هو توعية الآباء بآثار الاكتئاب ، وتحسين التواصل داخل الأسرة، وتعميق فهم الأطفال عن اكتئاب الآباء وبالتالي يقل احتمال لومهم لأنفسهم باعتبارهم مسئولين عن أعراض الآباء وسلوكهم. وقد أشارت نتائج هذه البرامج إلى تحسن التواصل داخل الأسر عند مقارنتها بمجموعة ضابطة استمعت لمحاضرة في نفس الموضوع. وقد أظهر الأطفال في المجموعة التجريبية فهما أكبر لاكتئاب آبائهم وتحسنًا ملحوظًا في أدائهم لوظائفهم. وكانت نسبة الأطفال الذين ظهرت لديهم أعراض اكتئابية ممن

تلقوا البرنامج أقل من الأطفال في المجموعة الضابطة التي استمعت لمحاضرة في نفس الموضوع ، إن لم يكن الفرق بينهما دالاً. وقد أشارت النتائج إلى أن التدخل المعرفي السلوكي (١٦) الذي يتخذ المدرسة أساسًا له ويتضمن مشاركة الآباء كان فعالاً في الوقاية من القلق لدى الأطفال والمراهقين.

مناقشة ،حدود ، اتجاهات مستقبلية

كيف نجعل التدخل أكثر تأثيرًا ؟

لقد حددت الدراسات التي تتناول التدخل السيكولوجي العديد من التدخلات الواعدة التي تعالج وتقي من الاكتئاب والقلق. لكن مازال معدل نجاح برامج التدخل بعيدًا عما نستهدفه. وعلى الرغم من أن التدخل المعرفي السلوكي يثبت فاعليته بالنسبة لكثير من المشاركين، فإن هناك قلة لا تتحسن بصورة دالة. ففي دراسة كبيرة عن علاج الاكتئاب، تحسنت الأعراض تمامًا لدى ٦٥٪ من الراشدين المكتئبين الذين تم علاجهم بالعلاج المعرفي السلوكي، لكن هناك ٣٥٪ استمروا يعانون من شدة الأعراض الاكتئابية حتى بعد التدخل (١٩)، وبالمثل فقد ظهر إكلينيكيًا لدى بعض المشاركين في برامج الوقاية قدر من الاكتئاب أو القلق رغم الجهد المبذول في البرنامج لتنمية الصمود. وعلى الدراسات المستقبلية أن تركز على تقوية التدخل بحيث يصبح فعالاً لأعداد أكبر من المشاركين.

إحدى الطرائق لجعل التدخل أقوى تأثيرًا أن يتضمن الجمع بين جوانب أكثر من حياة المراهق كهدف للتدخل. تاريخيًا، ركز العلاج النفسي على الطفل أو المراهق الفرد. لكن حياة الطفل تكمن داخل مجموعة من النظم: الأسرة، والمدرسة، والأصدقاء والجيران (٨)، وهكذا، فمن المهم أن نفهم كيف ننمي الصمود داخل منظومة الأسرة والمجتمعات الأكبر. في برنامج "بن" تشير النتائج الأولية إلى أن تقديم البرنامج للآباء إلى جانب الأبناء كان أحد السبل لرفع فاعلية البرنامج. بالإضافة لضرورة بذل الجهد

لتقديم البرنامج على مستوى مجتمعي أكبر من خلال برامج للجيران أو برامج للمدرسة كلها، التي تعمل على خلق علاقات أكثر إيجابية وشعور أكبر بالأمل في المجتمع ككل.

التدخل العام مقابل التدخل الموجه(١)

إحدى المناظرات في أدبيات الوقاية تتناول جدوى وفاعلية التدخل الموجه مقابل التدخل العام. التدخل الموجه (المحدد الهدف) مثل برنامج "بن" (١٢) وغيره، يقدم لمشاركين مهددين بخطر أو مشاركين لديهم أعراض . مقابل ذلك ، يتم تقديم البرامج العامة لشريحة أكبر أو للمجتمع ككل بصرف النظر عن ظروف الخطر التي يتعرضون لها . إن تأثير المشاركة في البرامج الموجهة يكون أكبر بشكل عام مقارنة بالبرامج العامة. يرجع ذلك إلى أن المشاركين في البرامج الموجهة لديهم أعراض أو اضطراب فعلاً وبالتالي تكون هناك فرصة للتغيير لدى كل مشارك. مقابل ذلك أن البرامج العامة التي تحمل تأثيراً محدوداً لكل مشارك تحمل في الوقت نفسه تأثيراً كبيراً للمجتمع ككل (٤٩).

وقد تبين أصحاب برنامج "بن" عبر السنوات الماضية أن التدخل المعرفي السلوكي يمكن أن يكون له تطبيقات مهمة في التدخل العام . يمثل هذا التحول في تفكير الباحثين ما صاحبه من تعديل في عنوان البرنامج من PPP(٢) أي برنامج بن الوقائي إلى برنامج بن للصمود PRP(٣) فكل الأطفال يواجهون مشكلات وضغوط في حياتهم، ومعظم المهارات التي يغطيها برنامج "بن" وغيره من البرامج مهمة لمواجهة التحديات اليومية، وكذلك الأحداث ذات الخطورة في حياة الأطفال والمراهقين. هذه المهارات المعرفية السلوكية (أي التفكير الواقعي في المشكلات، ووضع النتائج في الاعتبار عند اتخاذ قرار) تتداخل مع الكفاءات التي تناقشها أدبيات الصمود (٩).

---

(1) Universal versus targeted intervention.

(2) Penn Prevention Program.

(3) Penn Resiliency program.

وبعض هذه المهارات تقدم في برامج حل المشكلات وبرامج التدخل الوقائي التي تصمم لتخفيض أو منع العدوانية، وسوء استخدام العقاقير، وغيرها من مظاهر السلوك اللاتوافقي (١٠). البرامج التدخلية التي تتناول هذه المهارات لابد أن تكون متاحة ومناسبة لجميع التلاميذ لما لها من نتائج إيجابية. إن تطوير وتغيير مثل هذه البرامج التدخلية على هذا النطاق الواسع سوف يعد الأطفال لاستجابة الصمود للتحديات التي لابد أنهم سوف يواجهونها في مستقبل حياتهم.

شكر وتقدير:

البحوث التي أجريت لاختبار فاعلية برنامج "بن" تم تمويلها من ميزانية المعهد القومي للصحة العقلية (MH52270). وتمتلك جامعة بنسلفانيا برنامج "بن"، وقد رخصت جامعة بنسلفانيا هذا البرنامج لصالح نظم التعلم التوافقي[١]. كل من د. ريفيش ود. سليجمان لديهم حق الانتفاع من بيع هذا البرنامج.

(1) Adaptive learning systems.

FERENCES

.inson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Cri reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49–74.

ıann, E. O., & Gotlib, I. H. (1988). The social behavior of depressed children: An observational study *of Abnormal Child Psychology, 16*, 29–44.

dslee, W. R., Wright, E. J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T. R. G., Versage, E. M. et al. (1997). Exa of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 196–204.

:, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities

:, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: G

porad, J. (1994). Dynamic and interpersonal theories of depression. In W. M. Reynolds & H. F. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents. Issues in clinical child psychology* (pp New York: Plenum.

ıberg, S., & Izard, C. E. (1985). Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11 children. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 194–202.

fenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research pers *Developmental Psychology, 22*, 723–742.

ks, R., & Goldstein, S. (2002). *Raising resilient children: Fostering strength, hope, and optimism child*. New York: McGraw-Hill.

an, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P. J., Grady, K., & Jacoby, C. (1992). Social competenc tion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use *of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 56–63.

emil, E. V., Reivich, K. J., & Seligman, M. E. P. (2002). The prevention of depressive symptoms in i middle school students. *Prevention and Treatment, 5*, n.p.

:e, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targete tion of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial ‹ cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 312–

ce, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W. et al. (2001). A randomized group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *of General Psychiatry, 58*, 1127–1134.

:n, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J. et al. (1993). An epidemiological disorders in late childhood and adolescence: I. Age and gender-specific prevalence. *Journal Psychology and Psychiatry, 34*, 851–867.

'y, L. S., Glassman, A. H., & Stetner, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *Journal of Diseases, 17*, 35–46.

ls, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and ea vention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 65*, 6

ney, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological 108*(1), 50–76.

s, J. S., & Midgley, C. (1990). Changes in academic motivation and self-perception during early ado In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transitiona*

REFERENCES

1- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49–74.

2- Altmann, E. O., & Gotlib, I. H. (1988). The social behavior of depressed children: An observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 29-44.

3- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T. R. G., Versage, E. M et al. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 196-204.

4- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

5- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford

6- Bemporad, J. (1994). Dynamic and interpersonal theories of depression. In W. M. Reynolds & H. F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents. Issues in clinical child psychology* (pp. 81–95). New York: Plenum.

7- Blumberg, S., & Izard, C. E. (1985). Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11-year-old children. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 194–202.

8- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*, 723–742.

9- Brooks, R., & Goldstein, S. (2002). *Raising resilient children: Fostering strength, hope, and optimism in your child*. New York: McGraw-Hill.

10- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P. J., Grady, K., & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 56–63.

11- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., & Seligman, M. E. P. (2002). The prevention of depressive symptoms in inner-city middle school students. *Prevention and Treatment, 5*, n.p.

12- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 312–321.

13- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W. et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry, 58*, 1127–1134.

14- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J. et al. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 851–867.

15- Covey, L. S., Glassman, A. H., & Stetner, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *Journal of Addictive Diseases, 17*, 35–46

16- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 65*, 627–635.

17- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin, 108*(1), 50-76.

18- Eccles, J. S., & Midgley, C. (1990). Changes in academic motivation and self-perception during early adolescence. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transitional period? Advances in adolescent development: An annual book series, Vol. 2* (pp. 134–155). Thousand Oaks, CA: Sage

19- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F. et al. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971–982.

20- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

21- Field, T. M. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 7*, 517–522.

22- Flannery-Schroeder, E., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatment for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 251–278.

23- Garber, J., & Flynn, C. (1998). Origins of depressive cognitive style. In D. K. Routh & R. J. DeRubeis (Eds.), *The science of clinical psychology: Accomplishments and future directions* (pp. 53–93). Washington, DC: American Psychological Association.

24- Garber, J., & Flynn, C. (2001). Predictors of depressive cognitions in young adolescents. *Cognitive Theory and Research, 25*, 353–376.

25- Garber, J., Quiggle, N., & Shanley, N. (1990). Cognition and depression in children and adolescents. In Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment* (pp. 87–116). New York: Plenum.

26- Garrison, C. Z., Addy, C. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., & Waller, J. L. (1991). A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 597–603.

27- Gillham, J. E., & Reivich, K. J. (1999). Prevention of depressive symptoms in school children: A research update. *Psychological Science, 10*, 461–462.

28- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Shatté, A. J., & Seligman, M. E. P. (2003). *School-based prevention of depression and anxiety symptoms: Pilot of a parent component to the Penn Resiliency Program*. Unpublished raw data.

29- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., & Seligman, M. E. P. (1995). Preventing depressive symptoms in schoolchildren: Two year follow-up. *Psychological Science, 6*, 343–351.

30- Gillham, J. E., Shatté, A. J., & Freres, D. R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied and Preventive Psychology, 7*, 63–88.

31- Gladstone, T. R. G., & Kaslow, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 597–606.

32- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 90–100.

33- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., & McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 128–140.

44- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology (2nd ed.*, pp. 233–278). New York: Guilford.

45- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry, 47*, 465–473.

46- Hirschfeld, R., Keller, M., Panico, S., Arons, B., Barlow, D., Davidoff, F. et al. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *Journal of the American Medical Association, 277*, 333–340.

47- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents: Current progress and future research directions. *American Journal of Psychiatry, 147*, 313–318.

48- Kaslow, N. J., Brown, R. T., & Mee, L. L. (1994). Cognitive and behavioral correlates of childhood depression: A developmental perspective. In W. M. Reynolds & H. F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 97–121). New York: Plenum.

49- Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 146–155.

50- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 366–380.

51- Klerman, G. L., Lavori, P. W., Rice, J., Reich, T., Endicott, J., Andreasen, N. C. et al. (1985). Birth cohort trends in rates of major depressive disorder: A study of relatives of patients with affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 42*, 689–693.

52- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R., & Seeley, J. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 110–120.

53- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral group treatment of depression in adolescents. *Behavior Therapy, 21*, 385–401.

54- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Rohde, P., Hops, H., & Seeley, J. (1996). A course in coping: A cognitive-behavioral approach to the treatment of adolescent depression. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 109–135). Washington, DC: American Psychological Association.

55- Muris, P., Meesters, C., & van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 33*, 143–158.

56- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1986). *Depression in children of families in turmoil.* Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.

57- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A five-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 405–422.

58- Offord, D. R. (1996). The state of prevention and early intervention. In R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 329–344). Thousand Oaks, CA: Sage.

59-Pattison, C., & Lynd-Stevenson, R. M. (2001). The prevention of depressive symptoms in children: The immediate and long-term outcomes of a school based program. *Behaviour Change, 18*(2), 92–102.

60-Petersen, A. C., & Hamburg, B. A. (1986). Adolescence: A developmental approach to problems and psychopathology. *Behavior Therapy, 17*, 480–499.

61-Quiggle, N. L., Garber, J., Panak, W. F., & Dodge, K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development, 63*, 1305–1320.

62-Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1997). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(1), 6–34.

63-Reivich, K. J., & Shatté, A. J. (2002). *The resilience factor.* New York: Random House–Doubleday.

64-Rhode, P., Lewisohn, P., & Seeley, J. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 214–222.

65-Roberts, C., Kane, R., Thompson, H., Bishop, B., & Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 622–628.

66-Robins, C. J., & Hayes, A. M. (1995). The role of causal attributions in the prediction of depression. In G. M. Buchanan & M. E. P. Segliman (Eds.), *Explanatory style* (pp. 71–97). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

67-Romano, E., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Zoccolillo, M., & Pagani, L. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42*, 451–461.

68-Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death.* San Francisco: Freeman.

69-Shea, M. R., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J., Collins, J. F. et al. (1990). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry, 49*, 782–787.

70-Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 5*, 113–117.

71-Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 17–29.

72- Sweeny, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 974–991.

73- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 1007–1021.

74- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T. et al. (1990). Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry, 47*, 487–496.

75- Yu, D. L., & Seligman, M. E. P. (2002). Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention and Treatment, 5*, n.p.

الفصل الخامس عشر

الصمود والأطفال ذوو صعوبات التعلم

نانسي ماثر ونيكول أوفيش

سوف نناقش في هذا الفصل كيف تؤثر عوامل الخطر وعوامل الصمود على الأطفال ذوي صعوبات التعلم. تتضمن صعوبات التعلم اضطرابات مختلفة ترتبط مبدئيًا بما يجده الطفل من صعوبة في التعلم ، وينحصر تركيزنا على الأطفال الملتحقين بالمدارس ، فكل من الخبرات الإيجابية والسلبية المدرسية تشكل إدراك الطفل لنفسه ، وتسهم في بناء مفهومه عن ذاته الأكاديمي. ولسوء الحظ نجد أن إدراك الذات ومفهوم الذات الأكاديمي المتدني لدى كثير من الأطفال ذوى صعوبات التعلم تتأثر بالصعوبات التي يواجهونها سواء في الجوانب التحصيلية أو الاجتماعية في المدرسة (٦٥) . في الجزء الأول من هذا الفصل سوف نناقش كيف تشكل خبرات المدرسة مفهوم الذات وبالتالي الصمود ، وفي الجزء الثاني سوف نستعرض طرائق متعددة لتساعد الأطفال ذوى صعوبات التعلم على أن ينموا الصمود ويحافظوا على احترامهم لأنفسهم وشعورهم بالقيمة.

صعوبات التعلم وعوامل الخطر:

بالنسبة للطفل ذى صعوبات التعلم تصبح بيئة المدرسة مشبعة بالظروف التي تضعه في خطر الخبرات السلبية ، ويمكن تعريف الخطر بأنه الظروف السلبية أو

الاحتمالات السلبية التي تعوق النمو الطبيعي أو تهدده (٢٦) ، هذه الظروف قد تكون خصائص داخلية أو خصائص خارجية في الأسرة ، أو في المدرسة ، أو في بيئات المجتمع (٣٩).عوامل الخطر إذن هي الأحداث أو المحن التي تزيد من احتمال النتائج السلبية (٥٩). الأطفال المعرضون لخطر الرسوب يعايشون خبرات خطر متعددة ومزمنة، وليس عامل خطر واحد (٧٣).

ونظراً للصعوبات التي يواجهونها في التعلم، فإن الأطفال ذوى صعوبات التعلم معرضون بصفة خاصة للضغوط ويجدون تحديات مستمرة تهدد التكامل النمائي لديهم (٥٩) ، هؤلاء التلاميذ يشعرون أنهم أقل كفاءة بالنسبة لأقرانهم سواء سلوكيًا أو اجتماعياً أو أكاديمياً(٥٤). ويصبحون بالضرورة أعضاء في جماعة القدرة الموصومة (٦٢).

الفشل المدرسي :

على الرغم من أن صعوبات التعلم وحدها لا تتنبئ بنواتج إيجابية أو سلبية (٣٩) فإن كثيراً من التلاميذ ذوى صعوبات التعلم لديهم الكثير من خبرات الفشل المدرسي التي تضعف شعورهم بالثقة والقيمة، ففشل محاولاتهم لإنجاز المهام المطلوبة أو إتقانها ينتج عنه شعور بالإحباط بدلاً من الإنجاز (٣١)، لو تصورنا حالة تلميذ لديه صعوبة في الكتابة (٣٣): في أحد الأيام طلبت مدرسة الصف الثالث من التلاميذ أن يصفوا الحيوان المفضل لديهم وأراد الطفل (م) أن يكتب عن الزرافة ، لكن لأنه لا يستطيع تهجي الكلمة فقد قرر أن يكتب عن الفأر، فكر كثيراً ثم حاول كتابة الجملة الأولى، وكان يشعر بالضيق سواء من الموضوع الذي سيكتبه أو من شكل خطه، فقطع الورقة، وبعد انتهاء الحصة طلب الطفل (م) من المعلمة أن تعطيه شريطاً لاصقًا ، وكان مستعداً ليحاول مرة ثانية، فلصق الورقة وكتب ما يلي، "آسف لقطع الورقة"، شكل (١ع-١). كثير ما يساء فهم الأطفال المتعثرين، والمدرسة لا تتسامح مع قصورهم، والمعلمون لا يتفهمون الصعوبات التي يواجهونها (٣١).



شكل ١٥-١

كتبت طالبة في السنة الجامعية الأولى عن خبراتها في صعوبات التعلم، وتذكر أن المدرسة كانت ممتعة حتى بداية السنة الأولى حيث تغير كل شيء، فكانت هي آخر قائمة الفصل في القراءة ولم تكتف المدرسة بهذا، بل أضافت مجموعة خاصه في الفصل لتكون هي الطفلة الوحيدة فيها، وقد أعادت السنة الأولى وظلت الطفلة في مجموعة الأضعف في القراءة، بدأت في أداء اختبارات لصعوبات التعلم في الصف الثاني. وكان هناك تفاوت كبير بين معدل ذكائها ومعدل أدائها في الكتابة والقراءة، وقررت المدرسة عدم احتياجها لرعاية خاصة نظرًا لارتفاع معدل الذكاء لديها.

وفي الصف الثالث كتبت المعلمة في تقريرها أن الطفلة تعاني من إدراكها لصعوبة القراءة، وأعيد تقدير حالتها في عيادة ملحقة بمستشفى وكان التقرير: (١) دسلكسيا نمائية. (٢) صعوبة في الحركات الدقيقة. (٣) صعوبة في الانتباه. (٤) قلق واكتئاب. ووافقت المدرسة على تقديم الرعاية الخاصة لها وحتى الصف الثامن، وفي المرحلة الثانية شجع المرشد النفسي والديها على عدم استمرارها في التربية الخاصة على أساس أنها ستتاح لها فرصة أفضل للالتحاق بالجامعة إذا لم تكن مسجلة في التربية الخاصة. وعندما بدأت سنوات الجامعة تعثرت بعد أسبوعين بسبب قلقها من أعباء الدراسة، لقد ظلت طوال سنوات الدراسة تكافح وتعمل بجد. وقليلاً ما كانت تحقق النجاح، وهي لا تعرف حتى الآن ولا تفهم كيف تكون ذات فطنة وذكاء في بعض

الأنشطة (الرياضيات، واللغة وتتعثر في القراءة والتهجي) وتذكر أنها كانت تقرأ كتاب للأطفال ولم تستطع نطق الكلمات، وحين كانت تتهجى تنسى هجاء أبسط الكلمات وأكثرها شيوعًا.

إن ٥٠٪ من الأطفال الذين يصنفون في فئة صعوبات التعلم كما في الحالة السابقة يبقون في السنة الأولى (٣٤). وهكذا تبدأ حلقة سلبية حيث يعتقد الطفل أن الأمور لن تتحسن ، ويصبح هذا الشعور بالعجز عائقًا للنجاح في المستقبل، (٥). حيث إن الطفل لا يلقى التدعيم من خلال الخبرات التعليمية والاجتماعية الإيجابية، فيصبح أقل تحملاً للفشل وأقل امتلاكًا للخصائص التي تنمي الصمود ، كما أن التلاميذ ذوى صعوبات التعلم تظهر لديهم مستويات متزايدة من الاكتئاب خلال فترة الدراسة بالمقارنة بأقرانهم العاديين (١).

في شريط فيديو[(١)] يقدم ريتشارد لافوا[(٢)] باستخدام لعبة الفيشات[(٣)] تفسيرًا عن كيف يفقد الأطفال ذوى صعوبات التعلم الصمود ويفقدون حماسهم للمخاطرة. التلاميذ ذوو التحصيل المرتفع لديهم خبرات يومية مشبعة تساعد على نمو مشاعر الثقة والشعور بالقيمة، هؤلاء التلاميذ لديهم نقاط عديدة تقابل إنجازاتهم إلى جانب مديح الزملاء والمعلمين والآباء، ولذلك فلديهم رصيد من الفيشات يسمح لهم أن يغامروا في بعض المواقف لأن لديهم نقاط إيجابية تسمح لهم بالمغامرة دون أن يخسروا ، على النقيض من ذلك التلميذ من ذوى صعوبات التعلم وما يمر به من خبرات سلبية يومية ومواقف رفض دائمة تعوق نمو الشعور بالقيمة والخوف من فقد الفيشات. ولذلك نجده يمسك فيشاته بقوة بيديه ، وتخلق لديه المشاركة في اللعبة الخوف من الفشل والشعور بالخطر من فقد الفيشات المتبقية.

(1) Last one picked, First one picked on.

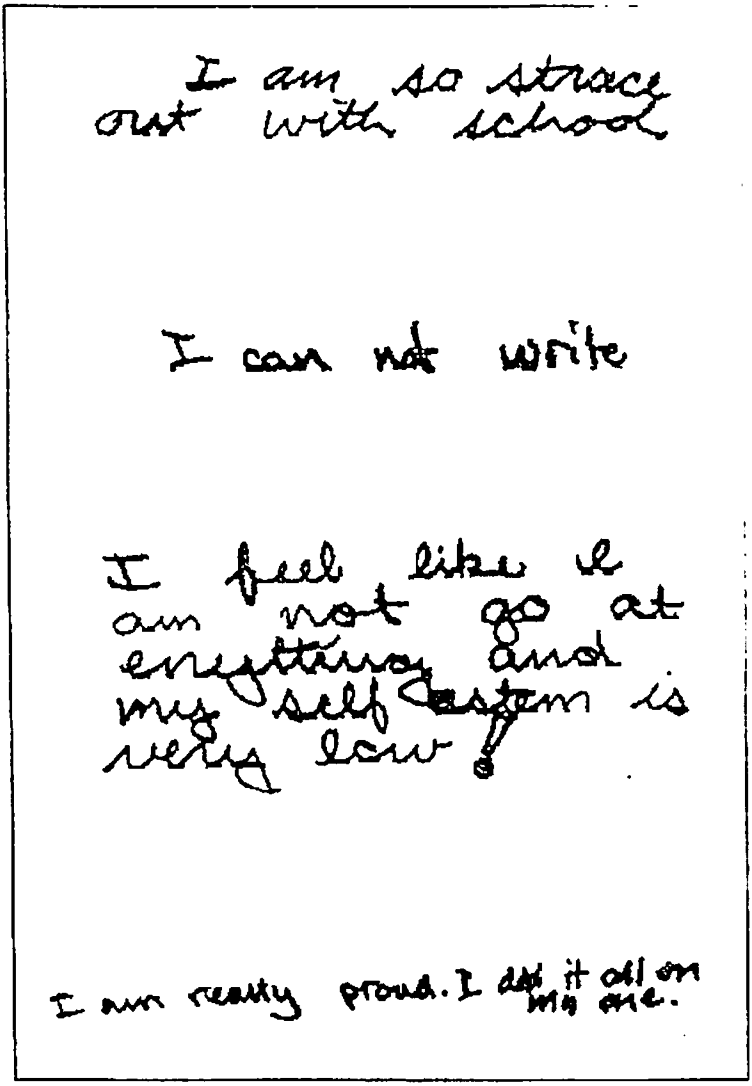
(2) Richard lavoie.

(3) Poker chips.

حتى حين يتلقى مساعدة أو مساندة فالتلميذ ذو صعوبات التعلم لا يستطيع أن يشعر بمزيد من الكفاءة التعليمية على مر الزمن (٥٤)، شكل (١٥-٢) يعرض تعليقات تلميذة في الصف الثامن لديها صعوبة في القراءة والهجاء وكانت تتلقى خدمات تعليمية منذ أن كانت في الصف الثالث ، وكانت تقرر أن المدرسة مصدر ضغط وتوتر، وتعاني من انخفاض احترام الذات. وحتى حين يصبح ذوو صعوبات التعلم راشدين يظل الشعور بالضغط والقلق ومفهوم الذات السلبي دائمًا في شخصياتهم، (١٠) (٥٣) ومع ذلك كان تعليقها الأخير أنها فخورة لأنها حققت شيئًا بمفردها، ومع نمو المهارات الإيجابية ينمو سلوك الصمود.

يرى البعض عند مناقشة مدى تأثير ضعف مهارات القراءة على النمو، أن المشكلة ليست في القراءة بذاتها وإنما المصاحبات الوجدانية للفشل في القراءة (١٥)، وفيما يلي وصف لمترتبات الفشل في القراءة.

هناك نتائج معرفية وسلوكية ودافعية تترتب على بطء اكتساب القراءة إذ يؤدي إلى بطء نمو مهارات معرفية أخرى ويضعف الأداء في كثير من المهام الأكاديمية، باختصار فمع تطور القراءة فإن بعض العمليات المعرفية الأخرى المرتبطة بها تحاكي مستوى مهارة القراءة نفسه، وتتأثر قاعدة المعلومات ذات العلاقة المتبادلة بالقراءة سلبيًا وتصبح محدودة، وكلما طال الوقت على هذه المتوالية النمائية، زاد تأثير القصور وزاد تعميمه وتغلغل في مجالات معرفية وسلوكية أكثر، وكما قال تلميذ في التاسعة من العمر أن القراءة تؤثر على كل شيء يعمله.



شكل ١٥-٢

في ثقافة تضع وزنًا كبيرًا للقراءة والحساب يتعرض الأطفال ذوو صعـ
التعلم للفشل المدرسي والمشكلات الانفعالية (٣٩) (٥٤).

التغذية الرجعية السلبية من المعلمين والأقران

من الواضح أن التغذية السلبية من المعلمين والأقران تسهم في انخفاض مشاعر قيمة الذات. فكثير ما توحي تعليقاتهم على أداء ذوى صعوبات التعلم بأنه لا يعبر عن بذل جهد كبير، أو أنه كان يمكن أن يكون أفضل ، أحد تلاميذ السنة الثانية ويعاني من قصور في الحركات الدقيقة، وكانت المهمة المطلوبة منه أن يكتب صفحة ما للتدريب، وكان تعليق المعلم "برجاء العمل باهتمام أكبر"، وهذا يوحي بأن المعلم يرى أنه لا يبذل جهداً كافياً ، أو أنه ليس لديه دافعاً ، وفي تعليق لمعلم آخر على الطفل نفسه وهو في الصف الثالث "لا أستطيع قراءة المكتوب" وهذا يعكس إحباط المعلم لسوء خط التلميذ ، وليس تقديمه المساعدة أو التعليمات الإيجابية. وكثيراً ما يستجيب التلاميذ لهذه التعليقات استجابة سلبية: "لا أستطيع أن أكتب"، على الرغم من أن التغذية الرجعية من المعلمين في أغلب الأحيان يقصد بها صالح التلاميذ فإن التلاميذ يدركون هذا النوع من التعليقات إدراكاً سلبياً يحمل لهم اتهاماً (٥) ويتسبب في شعورهم بخيبة الأمل وزيادة شعورهم بانعدام الكفاءة وتعرضهم لمخاطر الفشل.

ويحاول الأطفال من ذوى صعوبات التعلم إخفاء عدم الكفاءة عن المحيطين بهم أثناء وجودهم بالمدرسة، وتذكر تلميذة في الصف الثالث أنها كانت تقضي الوقت جالسة على أحد مقاعد فناء المدرسة مدعية أنها تقرأ، وتذكر الآتي:

> "لم أكن أفهم ما أقرأ، ولا أتذكر أي شيء مما يقوله المعلمون، أريد أن ينتهي هذا- أريد أن أهرب إلى مكان آمن، حيث لا كتب، عالم خاص بي أكون فيه أنا المنتصرة وفيه يعجب بي الجميع لما يمكنني أن أعمله وتنهمر الدموع من عيني ومازلت أدعي أنني أقرأ، وأعرف الحقيقة وهي أن هذا لا يجدي".

وهناك من الباحثين (٥٥) من اهتم بوصف الأقنعة التي يضعها ذوو صعوبات التعلم لإخفاء ضعف مهاراتهم، وذلك في الصف الأول أو الثاني حين يتبينون أنهم لا يستطيعون القراءة مثل أقرانهم.

والبعض يرفض القيام بأي عمل أو المشاركة في أي نشاط. وحين ينادي المعلم على أحدهم يظهر عليه الفزع والخوف من الفشل، وبدلاً من أن تكون بيئة المدرسة داعمة فإنها تظهر عجز التلاميذ. نتذكر شخصية "باتي" (شخصية كرتونية) التي تجد صعوبة في أن تظل مستيقظة في الفصل ، وعندما لا تكون نائمة، فإنها تمضي الوقت في حساب الاحتمالات في الاختبارات بين الصواب/ الخطأ بدلاً من أن تحاول القراءة وإجابة الأسئلة، في أحد مشاهد الكرتون يطلب المعلم من "باتي" أن تتقدم لأول الفصل لتحل مسألة حساب على السبورة، سألت "باتي" تمعنت في طلب المعلم وتساءلت "أمام كل الفصل.... وعلى السبورة؟" وكان تعليقها وهي في طريقها للسبورة: أسود أليس كذلك؟ بالنسبة للأطفال ذوى صعوبات التعلم، يقبع الخوف من الفشل داخلهم ويعكس ظلاله السوداء على كل ما يدور في الفصل (٦).

وحتى حين يكون المعلمون داعمين ومتفهمين فإن ذوى صعوبات التعلم يشعرون بالدونية عندما يقارنون أدائهم بأداء أقرانهم سواء في المهارات التعليمية أو المهام بشكل عام. يشعر الطفل (٤٩) (٥٠) بالقلق أن يرى الآخرون فشله. وهذا الجرح الذي تسببه الخبرات الأولى جرح لا يندمل. ويذكر أحد التلاميذ في الصف الخامس ما قاله أحد زملائه "خمن من سيذهب إلى غرفة المصادر، خمن من لديه صعوبات تعلم، أنت متأخر". على الرغم من أن هذا الطفل نال عقاب ، لكن هذا لم يعالج شعور التلميذ ذي صعوبة التعلم بفقده لتقدير الذات ، كثير من ذوى صعوبات التعلم يمرون بخبرات الفشل في بداية الالتحاق بالمدرسة، فهم يلتحقون بالمدرسة ولديهم حرص شديد على التعلم وأمل في النجاح، ثم يدخلون في متاهة الفشل والإحباط والصعوبات ومشاعر الاختلاف أو التأخر عن الآخرين ورفض الأقران، ويترتب على ذلك ضعف الثقة بالنفس وتقدير الذات.

كثير من الراشدين ذوى صعوبات التعلم مروا بهذه الخبرات من تعدي الآخرين واستهزائهم (٢٣) وترتب على شعورهم أنهم مختلفون شعوراً بالخوف والغضب والارتباك، ويصف هؤلاء خبرات سنوات الدراسة وما فيها من عدم تفهم الآخرين بأنها كانت صادمة وأنها ترتب عليها شعور بالاستهزاء وعدم الأمان والشك في الذات (٣٦). وقد نتج عن اجتماع العجز الشخصي واستجابات المحيطين له اضطراباً

شخصيًا (١٠). وتذكر إحدى التلميذات شعورها بالفشل: "لا يوجد أسوأ من الفشل كل يوم"، وتقول إنها كانت ترتجف وتشعر بألم في المعدة وكانت تشعر بألم في رأسها وكانت تخفي دموعها فتنكس رأسها لتخفي الدموع في عينيها. وإلى جانب تكرار خبرات الفشل، هناك عوامل عديدة تؤثر في نمو الصمود.

نمط صعوبات التعلم وشدتها:

إن نمط صعوبة التعلم وشدتها تؤثر في مستوى الصمود والنواتج على المدى الطويل (٥٩) (٧٤)، وبالتالي من الضروري تحديد الطبيعة الخاصة والخصائص المميزة لحالة صعوبة التعلم. الواقع أن مفهوم صعوبات التعلم مفهوم غامض ولا يسبب إلا الخلط، والأفضل استخدام مفهوم محدد، والإشارة إلى مجال معين في صعوبات التعلم مثل صعوبة القراءة، صعوبة الكتابة، صعوبة الحساب، صعوبة التواصل غير اللفظي (٦١). على أن تحدد وتعالج كل منها على حدة. وإلى جانب استخدام وصف أكثر دقة، فإن التحديد يساعد في الإيحاء بأن المشكلة ذات طبيعة محددة وليست عامة. وأكثر من هذا أن بعض أنماط صعوبات التعلم ينجم عنها عوامل خطر محددة. مثال لذلك أنه على الرغم من المهارات اللغوية الجيدة فإن التلاميذ ذوى صعوبات التعلم غير اللفظي لديهم قصور شديد في المهارات الاجتماعية (٦٨) ، مما يجعلهم متباعدين عن المعلمين والأقران الذين يحتاجون إلى مساندتهم. بالإضافة لذلك فإن هناك من الدلائل ما يشير إلى أن التلاميذ الأقل كفاءة في التحصيل ومن لديهم صعوبات في التعلم غير اللفظي أقل صموداً، أو ترتفع لديهم معدلات الاكتئاب والانتحار (١).

المساندة الاجتماعية والكفاءة:

المساندة الاجتماعية أحد مؤشرات الصمود فهي تحمي من الضغوط (٤٤) وبالتالي فالتلاميذ الذين يفتقرون إلى القدرة على خلق علاقات بالآخرين والمحافظة عليها

يفتقدون شبكة الدعم التي يحتاجونها لمواجهة تحديات الحياة والأزمات، إلى جانب الصعوبات التعليمية فإن كثيراً من التلاميذ ذوى صعوبات التعلم لديهم مشكلات في تقبل الأقران لهم وهم أكثر شعوراً بالتجاهل والرفض (٢٩). وقد يرجع هذا الافتقار لتقبل الأقران جزئياً إلى محدودية فهم التلاميذ ذوى صعوبات التعلم للعلاقات الاجتماعية مما يؤدي إلى صعوبات اجتماعية في الصف الدراسي (٢٨) ، وفي فناء المدرسة ، وفي حل المشكلات اليومية (١٤) (٦٦). وبصرف النظر عن أي اعتبار فإن الحياة الاجتماعية للتلميذ تؤثر على التعلم الأكاديمي (٧).

تصف إحدى تلميذات الصف الرابع من ذوى صعوبات التعلم غير اللفظي خبراتها في عدم تقبل أقرانها لها وفقدها لأصدقائها: "حين أرى الأصدقاء الآخرين يتبادلون التعليقات وأراهم يضحكون ويظلون أصدقاء ، وحين أحاول أنا أن أقول نكتة أو تعليق مثلهم على أحد أصدقائي فلا يضحك أحد ولا يعود لصداقتي، ويتباعدون عني وأفقدهم ولا يعودون يحبونني".

قد تنشأ صعوبات الكفاءة الاجتماعية بالنسبة لبعض التلاميذ من صعوبة فهم اللغة واستخدامها وصعوبة قراءة الهاديات الاجتماعية (٤٤). وكما هو الحال في التلاميذ ذوى صعوبات التعلم غير اللفظي، فإن التلاميذ ذوى صعوبات[1] أساسها تعلم اللغة يكونون مستهدفين لمخاطر الدراسة وتباعد الأقران والتسرب من المدرسة (٤٠) (٦٨).

تذكر إحدى معلمات التربية الخاصة أنه في خلال الأسابيع الأولى في السنة الدراسية ، حين طلبت من أحد التلاميذ من ذوى صعوبات التعلم اللغوي أن يكتب اسمه أعلى الورقة، فكتبه في مكان ما في الورقة وليس كما طلبت المعلمة، وحين استفسرت منه عن أعلى الورقة ، قلب الورقة وأشار إلى الوجه الآخر، وهنا وجهته المعلمة إلى ما تقصده بأعلى الورقة لأنها معلمة مساندة وداعمة (وليست ناقدة أو مستهزئة).

---

(1) Language - based learning disabilities.

تشير كثير من الدراسات إلى أنه على الرغم من ضعف مستوى الدعم الاجتماعي، فإن الأطفال ذوى صعوبات التعلم يميلون أن يكون لديهم تقييم إيجابي لاتجاه المعلمين والأقران نحوهم (٣٨) (٤٤). وقد يرجع هذا التفاوت بين أحداث الواقع وبين الأحداث المدركة إلى طبيعة الصعوبة التي يعانيها التلاميذ في ذاتها (٤١) وقد يكون وسيلة للمواجهة[1] (٤٤) وقد يكون دليلاً على الصمود الذى يسعى الآباء والمعلمون والاختصاصيون إلى غرسه عند مساعدتهم للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم على فهم حالتهم (٢٧) (٤١).

الجندر (النوع)

على الرغم من أن الإناث والذكور من ذوى صعوبات التعلم يتعرضون للصعوبات، فإن الجندر يلعب دوراً في استجابة الأطفال للفشل الاجتماعي (٥٢) (٧٤) وعوامل الحماية التي يوظفونها، على الرغم من أن البحوث تناولت عوامل الخطر والحماية التي تؤثر على الذكور (٣٩)، فإن كثيراً من البحوث تناولت وصف الفروق بين العوامل التي تؤثر في المخاطر والصمود لدى الذكور والإناث، لكي ينتقل الأطفال إلى مرحلة الرشد فإن الخصائص الشخصية مثل المزاج ومفهوم الذات كانت أكثر أهمية بالنسبة للإناث ذوى صعوبات التعلم، في حين كانت مصادر الدعم الخارجي سواء من الأسرة أو المجتمع أهم بالنسبة للذكور (٧١) (٧٢)، والآن هناك حاجة شديدة للبحث في قضايا الجندر وشدة صعوبات التعلم (٧٤).

(1) Coping.

استراتيجيات بناء الصمود

من حسن الحظ أن كثيرًا من ذوى صعوبات التعلم يحققون نجاحًا ويستعيدون الثقة عند بلوغهم مرحلة الرشد والالتحاق بالعمل. في دراسة طولية (٧٢) وجد أن هناك طفل من كل أربعة أطفال من ذوى صعوبات التعلم بين سن العاشرة والثامنة عشر يتحسن أداؤه المدرسي ومكانته الاجتماعية ، وببلوغ سن الثانية والثلاثين يتحسن ثلاثة من كل أربعة ويحققون التوافق لمتطلبات العمل والزواج والحياة الأسرية، وهذا يعني أن كثيرًا من الأفراد ذوى صعوبات التعلم يمكنهم النجاح في الحياة ، وتتحسن فرص النجاح لديهم عند تركهم مرحلة التعليم. بل إن كثيرًا منهم يحققون نتائج إيجابية ، وهذا يشير إلى الدور القوي للعوامل البيئية (٧٤)، فكثير من الراشدين ذوى صعوبات التعلم يجدون طرائق مبتكرة ليعلموا أنفسهم، وهكذا يثبتون أن القدرة على التعلم كانت دائمًا متوفرة لديهم، لكن الخبرة بالأسلوب المناسب لتعليمهم كانت غائبة(٤٣). وتشير الخبرات الناجحة لكثير من الراشدين من ذوى صعوبات التعلم إلى أن الأطفال الذين نشأوا في ظل عوامل خطر متعددة يمكنهم أن يحققوا نتائج إيجابية في الرشد بمجرد تركهم للمدرسة.

فما هي الطرائق التي تمكننا من زيادة نجاح الأطفال في المدرسة؟ يبدو أن هناك العديد من العوامل الواقية[١] التي تساعد الأطفال ذوى صعوبات التعلم على التغلب على الخطر (١) وتنمية الصمود ، والقدرة على النهوض من العثرات المرتبطة بالضغوط والخطر، ونقصد بعوامل الوقاية تلك المواقف أو الأحداث الحياتية التي تزيد من فرص النتائج الإيجابية (٢٦). سوف نناقش فيما يلي بعض العوامل الواقية التي يبدو أنها تساعد على تحقيق نواتج إيجابية للأطفال من ذوى صعوبات التعلم.

(1) Protective factors.

تنمية فهم الذات[1] وتقبلها[2]:

أحد العوامل الحاسمة للتغلب على الخطر يبدو في فهم الذات وتقبلها وإحساس الفرد أنه متحكم في حياته. في دراسة أجريت (١٧) على راشدين ناجحين ممن لديهم صعوبات تعلم وجد أن إحساسهم بأنهم متحكمون في حياتهم كان أهم العوامل، إحدى الوسائل التي تساعد الأفراد على التحكم في حياتهم أن يضعوا أهدافًا واقعية يمكن تحقيقها، فالقدرة على تحقيق الأهداف تتأثر بدقة معرفة الفرد بنفسه وإدراكه لنفسه، الواقع أن المشكلة الرئيسية ليست في الصعوبة ذاتها لكن في القدرة على مواجهة التحديات المختلفة التي يواجهها الفرد لكي يتعايش معها ويتغلب عليها(١٦). الأفراد الذين لديهم فهمًا أكبر لما لديهم من صعوبات يكون احتمال توافقهم بنجاح للحياة في الرشد أكبر لأنهم يسعون للحصول على المساعدة عند الحاجة، ويجدون لأنفسهم فرصًا تعليمية ومهنية تتناسب مع جوانب القوة لديهم (٨).

ويدون هذا الفهم يوصف التلاميذ من ذوى صعوبات التعلم أنهم من ذوى وجهة الضبط الخارجي، وأنهم يعزون أدائهم المدرسي لأسباب خارجية لا علاقة لها بتفكيرهم وسلوكهم (٣)، كما يعزون نجاحهم المدرسي لعوامل خارجية كالحظ أو سهولة المهمة. بعد محاولات عديدة وإعادة الشرح والتدريب، استطاع أحد تلاميذ الصف الرابع وكانت لديه صعوبة في الحساب أن يحل مسألة بنجاح، ولكي يدعم المعلم محاولة التلميذ الناجحة سأله بحماس: كيف توصلت إلى هذا الحل الناجح للمسألة؟ وكان رد التلميذ "اليوم يوم الحظ بالنسبة لي".

وحيث تشير الدراسات إلى أن وجهة الضبط الداخلية تسهم في بناء الصمود (٢) (٧٥) فإن على المعلمين والآباء أن يوضحوا صراحة، ويدعموا العلاقة بين الجهد الذي يبذله التلميذ والنتائج الإيجابية لهذا الجهد بدلاً من إبداء الإعجاب بتعبيرات عامة:

---

(1) Self- under standing.

(2) Self acceptance.

"هذا عمل جيد"، فالتلاميذ يحتاجون إلى سماع تعليقات مثل: "هل رأيت كيف ساعدتك هذه الاستراتيجية على إنجاز المهمة"، "فأنت تستمع جيداً وتنظر إليّ..."، "لقد تذكرت إحضار الواجب المدرسي"، "إنك تستطيع أن تفهم هذه المسائل عندما تطلب المساعدة"، ويصاحب هذه التعليقات المديح المناسب، ومن هذه التعليقات يستطيع التلاميذ أن يعرفوا بدقة السلوك المقبول والسلوك المتوقع(٥٦).

في إحدى الدراسات التي أجريت على طلبة الجامعة كان هناك فروق كبيرة بين العاديين وبين ذوي صعوبات التعلم في الصمود والضغوط والحاجة للإنجاز، لكن ليس في وجهة الضبط (١٩)، وهذا يشير إلى أن التلاميذ من ذوي صعوبات التعلم الذين تمكنوا من الالتحاق بالجامعة كانت وجهة الضبط لديهم داخلية. هناك حاجة ماسة إلى تعليم التلاميذ طبيعة الصعوبات التي لديهم، وكيف تؤثر هذه المشكلات على حياتهم، وما هي الطرائق التي تمكنهم من مواجهة هذه الصعوبات. في دراسة طولية على مدى ٢٠ سنة لمتابعة حياة الأفراد ذوي صعوبات التعلم وجد (٢٣) أن أكثر المشاركين نجاحاً كانوا متقبلين صعوبات التعلم لديهم، وكانوا يستطيعون الكلام عن جوانب القوة وجوانب القصور لديهم، إذن فإن فهم القصور والوعي بالذات يشكل عوامل واقية تيسر تخفيض مستوى القلق وتضع أساساً للتقبل (٣٩) (٦٩).

ويمكن للمرشدين والمعالجين النفسيين أن يساعدوا الأطفال من ذوي صعوبات التعلم على تنمية فهمهم لأنفسهم، ويقترح (٤١) أنه على المعالج أن يفهم تأثير اضطراب التعلم على التلميذ، كما يجب عليه أن يفرق بوضوح بين التفكير والسلوكيات التي تنتج عن اضطراب التعلم، وتلك الناتجة عن الاستجابة للاضطراب حتى يستطيع أن يعالج الأطفال ذوي صعوبات التعلم بنجاح. مثال: على المعالج أن يكون قادراً على التمييز بين ما إذا كان عجز الطفل عن الانصياع لتعليمات أحد الوالدين أو المعلم ناجماً عن صعوبة في فهم التعليمات أو في اتباعها وهي خاصية شائعة في صعوبات التعلم، أو أن عدم الانصياع كان نتيجة للاكتئاب الناجم عن حدث خارجي، كثيراً ما يسيء الآباء والمعلمون فهم هؤلاء الأطفال حيث لا يستطيعون التمييز بين أن الطفل الذي يعاني من ديسلكسيا لا يفشل في القراءة لأنه لا يريد أن يقرأ، لكنه يفشل لأنه

لا يستطيع أن يقرأ. ولابد أن ينتبه المعلم إلى محاولات التلاميذ ذوى صعوبات التعلم لإخفاء عدم قدرتهم وشعورهم بالعجز وذلك من خلال لعب دور العاجز أو المهرج أو الضحية أو الاختفاء، وحين يتبين هؤلاء التلاميذ سبب الصعوبات التي يواجهونها في التعلم وأنهم ليسوا أغبياء فإنهم في هذه الحالة يتوقفون عن لعب الأدوار السابق ذكرها ويسعون لحل المشكلة (٥٥).

عند مناقشة وتوضيح صعوبات التعلم للتلميذ لابد أن يكون المعلمون والآباء صرحاء وأمناء ومساندين للتلميذ (٣٧). وكما حدث في دراسة الطلبة الجامعيين السابق ذكرها (١٩) وجد (١٧) أن الناجحين يتفهمون ويتقبلون صعوبات التعلم لديهم، فهم يسعون للنجاح ويضعون أهدافًا قابلة للتحقيق ويواجهون صعوبات التعلم لديهم (١٦). إلى جانب فهم جوانب القوة والقصور لابد للتلميذ أن يرى نفسه في إطار أكبر وأعم من أنه من ذوى صعوبات التعلم(١)، بعض ذوى صعوبات التعلم الناجحين يمكنهم أن يعيدوا صياغة صعوبات التعلم لديهم في صيغة إيجابية، بحيث تصبح الصعوبة ذاتها عاملاً واقيًا، فتجعلهم أقوى وأكثر صمودًا وأكثر تحقيقًا لذواتهم (١٨) (٥٣).

دور الراشدين المساندين:

الراشدون المساندون والمنتور يمكنهم أن يبنوا الثقة وتقدير الذات لدى الأطفال من ذوى صعوبات التعلم (١) (٥) (٧١) (٧٢) (٧٤). وعلى مر الزمن تمكن المعلمون من أن يكونوا هم أنفسهم عوامل واقية للأطفال في البيئة المدرسية، يصف (٥١) الخصائص المميزة للأطفال الذين يتصفون بالصمود كما يلي:

> من الدراسات التي أجريت حول العالم، تمكن الباحثون من استخلاص عدداً من العوامل التي تمكن الأطفال ذوى هذه المشكلة أن يقهروا الظروف المعاكسة في حياتهم. أول هذه العوامل وجود شخص مؤثر له

كاريزما خاصة في حياتهم، شخص يستطيعون التوحد معه، ويستمدون منه القوة، وفي كثير من الأحيان يكون هذا الشخص معلمًا.

الأشخاص الناجحون من ذوى صعوبات التعلم لديهم شخص على الأقل في حياتهم يتقبلهم تقبلاً غير مشروط، ويقوم بدور المنتور الذي يعمل كحارس البوابة إلى المستقبل (٧١) (٧٤) يذكر (٢٠) أنه كان يكافح من أجل أن يتعلم كيف يقرأ، وفي محاولاته تلك كانت معلمته تضمه بذراعيها القويتين فتزيل عنه الخوف من تعلم القراءة. وهو الآن طبيب عقلي ومازال يذكر قوة ذراعيها حوله وما تركته من أثر في حياته، ويرى أنه لولا ذراعي معلمته ما تمكن من تحقيق ما حققه، و "قد ظلت ذراعاها تحيطني وترعاني طوال العام المدرسي الأول، لقد توفت معلمتي لكنني أوجه لها شكري كل يوم فمازالت ذراعاها تحميني".

يلعب المعلمون دورًا هائلاً في تنمية الصمود من خلال التفاعل اليومي مع التلاميذ ، فيمكنهم التأثير في حاجات الطفل الوجدانية والتعليمية (٥١) (٧١)، وهكذا يستطيع المعلمون أن يبعدوا عن الطفل بعض عوامل الخطر إذا ما استطاعوا أن يمسوا عقول التلاميذ وقلوبهم وأرواحهم من خلال خلق بيئة مدرسية تحقق النجاح للجميع (٥). إنهم يوفرون للأطفال خبرات إيجابية تنمي لديهم احترام الذات والكفاءة وبالتالي يدعمون الصمود (٤) (٤٧)، إنهم يعلمون الأطفال ألا يخافوا من الوقوع في الأخطاء، بل يساعدونهم على اعتبار الأخطاء جزءًا من عملية التعلم ذاتها (٦)، فالفائدة التربوية من الخبرات الإيجابية في المدرسة على المدى الطويل في حياة الطفل تنبع من اتجاهات الأطفال نحو التعلم ومن احترامهم لذاتهم أكثر من المواد المحددة التي يتعلمونها (٤٧).

مساندة الآباء لأطفالهم عامل آخر يساعدهم على تنمية مفهوم إيجابي عن الذات (٩) فالآباء الداعمون لأطفالهم في المدرسة يوفرون لهم المساندة الوجدانية، الأفراد ذوو صعوبات التعلم الذين حققوا نتائج إيجابية في حياتهم تربوا في بيئة أسرية تتسم بالاستقرار العاطفي (٧٣). بالإضافة لذلك فإن قبول الوالدين للقصور التعليمي

وتقديرهم لجوانب القوة قد يخفض التوتر الناجم عن صعوبات التعلم، (٢٩) وهكذا فإن هناك حاجة إلى تضافر جهد أطراف عدة منها الآباء والمعلمين وأطباء الأطفال والمعالجين والنفسين حتى يكونوا سلسلة من العوامل الواقية التي تخفف من التداعيات السلبية لصعوبات التعلم (٧٢)، إن رعاية الآباء والمعلمين يمكن أن تساعد في الحفاظ على احترام الذات لدى التلاميذ.

تدخلات مكثفة نابعة من المدرسة

لابد أن يعي المعلمون والإداريون داخل إطار المدرسة ضرورة الاهتمام برفاه الطفل النفسي والأكاديمي والاجتماعي، في تحليل فوقي[1] لـ ٦٤ دراسة تدخلية وجد (١٣) أن أنماط التدخل الفعال تختلف باختلاف الصف المدرسي. فالبرامج التدخلية الأكثر فاعلية في المرحلة الابتدائية كانت تلك الموجهة لتحسين الأداء المدرسي بصورة مباشرة وتتطلب وقتًا وتركيزاً، وفي المدرسة الإعدادية والثانوية كان التدخل الإرشادي أكثر فاعلية. وبصورة عامة كانت التدخلات أكثر فاعلية في المرحلة الإعدادية عنها في المرحلة الابتدائية أو الثانوية. ويتوقف مدى التأثير الإيجابي على نوع الخدمة (التدخل) وعمقها واتساعها (٥٩) لقد وجد (٦٩) أن توفر رعاية لمدة طويلة على أساس العلاقة بين شخص وشخص كانت إحدى خصائص البيئة التربوية التي نشأ فيها ذوو صعوبات التعلم الناجحون.

للأسف إن كثيراً من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم لا تتاح لهم أساليب خاصة في التعليم، ومع تعرضهم للفشل المستمر يضعف إدراكهم لكفاءاتهم المدرسية بل يختفي. أجريت مقابلات (٥٠) لمعلمي الصف الثالث وتلاميذهم من ذوي صعوبات التعلم، وأفاد المعلمون أنهم يستخدمون وسائل تعليمية عامة للفصل ككل بصرف النظر عن تفاوت المستويات، ويتوقعون أن يستطيع التلاميذ قراءة المواد في مستوى الصف الثالث حتى

(1) Meta- analysis.

من كان منهم لا يستطيع قراءة المفردات الأبسط، ولا يتلقى التلاميذ ذوو صعوبات التعلم أي توجيهات لمساعدتهم في تحسين مهارات تحليل المفردات. وكان منطق أحد المعلمين أن وجود التلميذ في الصف الثالث يعني بالضرورة تمكنه من هذه المهارات. إذن عدم وجود تمييز بين التلاميذ العاديين وبين ذوى صعوبات التعلم في الممارسات التربوية، وعدم وجود توجيهات مباشرة للقراءة، لا يحقق للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم تقدمًا تعليميًا يذكر، بل تتراجع اتجاهاتهم نحو القراءة. إن تحديد التلاميذ ذوى صعوبات التعلم وتوجيههم إلى برامج التربية الخاصة لا يترك تاثيرًا سلبيًا على مفهوم الذات لديهم على الأقل في المراحل الأولى (٦٧).

لكي يوجه المعلم اهتمامه نحو صعوبات التعلم عليه أن يساعد التلاميذ على تحقيق أكبر تقدم تعليمي ممكن. وهذا لا يمكن أن يتحقق والتلميذ يستخدم نفس المواد التعليمية التي يستخدمها باقي التلاميذ في الفصل ، إن الصعوبات التعليمية لدى التلاميذ من ذوى المشكلات التعليمية صعوبات مزمنة حتى لو كان لديهم خططًا تعليمية فردية خاصة بكل حالة على حدة، (٥٧) فالتلميذ الذي لديه صعوبات تعلم يحتاج إلى برنامج مختلف يوضع بعناية تبعًا لحالته، على الرغم من أنه يجب أن يراعي المساواة في المعاملة بينه وبين زملائه فإن نوع الممارسات التي تقدم له يجب أن تكون مختلفة عن تلك التي تقدم للتلاميذ الذين ليس لديهم صعوبات تعلم، قد يشعر التلاميذ على المدى القصير شعورًا أفضل لأن كتبهم مثل كتب باقي التلاميذ، لكن على المدى الطويل وإذا لم تتحسن مهاراتهم القراءية فلن يكون لديهم شعور بالكفاءة وسوف يكون إدراكهم لذاتهم سلبيًا (٦٥).

يحتاج التلاميذ من ذوى صعوبات التعلم إلى تعليمات مكثفة واضحة تركز على حاجاتهم المحددة (٥٠)، حتى إذا قدمت لهم تربية خاصة ذات كفاءة، فإن التلاميذ ذوى صعوبات التعلم لا يحققون منها إلا الحد الأدنى من التقدم في المهارات التعليمية وذلك بسبب مخاطر النمو النيورولوجي الأساسي لديهم(٥٧). وإلى جانب التدخل التعليمي فهناك أهداف أخرى، حيث يحتاج بعض التلاميذ أن يوجه التدخل التربوي الذي يقدم لهم نحو تصحيح بعض المشكلات السلوكية، (٣٤) أو تقديم برنامج تدخل اجتماعي

ليساعدهم على تحسين إمكاناتهم الاجتماعية أو الحفاظ عليها (٢٩). وبالنسبة للتلاميذ ذوى القصور الشديد في العمليات أو ذوى مشكلات الانتباه فإن إحاطتهم ببيئة تقدم لهم المساعدة يسهم في تحسين التوافق لديهم (٣٩). يمكن للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم أن يحققوا تقدمًا تعليميًا وتحسنًا في مفهوم الذات حين تتوفر لهم بيئة إيجابية مثل وجود زميل راع، أو تعلم تعاوني إلى جانب منهج تعليمي مباشر وواضح (١٢). إن النتائج الراهنة عن أثر التعلم التعاوني على التحصيل الأكاديمي للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم مختلطة (بعضها إيجابي وبعضها سلبي)، لكن وجود وسيط من الزملاء يساعد في التعلم أو اتباع منحى إفرادي مخصص في التعليم يحقق نتائج أفضل (٣٥).

تشير نتائج الدراسة الطولية القومية الانتقالية[١] إلى تزايد ارتفاع معدل التسرب بين التلاميذ ذوى صعوبات التعلم وهو أعلى من معدلات التلاميذ بصفة عامة. ويؤكد التقرير أن المدرسة يمكنها تغيير هذا الوضع بتغيير أداء التلاميذ (٦٣). ويحدد التقرير العوامل الآتية باعتبارها عوامل ترتبط بنتائج أفضل للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم.

* تلاميذ المدارس التي لا يزيد عددها عن ٥٠٠ تلميذ كان احتمال التسرب بها أقل من المدارس التي يتراوح عدد التلاميذ بها بين ٥٠٠ – ١٠٠٠ تلميذ .

* التلاميذ في المدارس التي توفر للمعلمين تدريباً عن سياسة الدمج كانوا أكثر تعرضًا للفشل (وتفسير محتمل لذلك أن التدريب كان يقدم في المدارس حيث المعلمين من ذوى التأهيل العام وبالتالي لا يفضلون وجود تلاميذ الدمج، أو المعلمين الذين يحتاجون مساعدة ليطوروا أدواتهم وموادهم ليستوعبوا حاجات تلاميذ الدمج، في هذه البيئة فيكون أداء التلاميذ في برامج التربية الخاصة أقل من نظرائهم في مدارس التربية العامة حيث إن معلمي التربية العامة أكثر استعداداً أو أكثر قدرة على استيعاب تلاميذ الدمج وهذا يعني أن التدريب ليس ضرورياً (٧٠).

(1) National Longitudinal transition study (NLTS).

* احتمال تسرب التلاميذ الذين تلقوا تدريبًا مهنيًا في السنة الأخيرة أقل بصورة دالة.

* نسبة الفشل بين التلاميذ الذين لم يقضوا وقتًا في التعليم العام أقل مقارنة بالتلاميذ المسجلين في التعليم العام.

* تقل نسبة التسرب لدى التلاميذ الذين يتلقون مساعدة من شخص يقدم لهم الرعاية أو يقرأ لهم أو يشرح لهم مقارنة بمن لا يتلقون هذه الخدمات (٧٠).

هناك حقيقة واحدة واضحة: التلاميذ ذوو صعوبات التعلم يحتاجون إلى نظام مساندة قوية في المدرسة، هذا النظام يساعدهم على الاحتفاظ بمفهوم إيجابي عن ذاتهم وبأنهم ذوو قيمة وذلك من خلال الآتي: (أ) تعرضهم للحد الأدنى من الفشل. (ب) تقدير لمواهبهم وتميزهم في المجالات غير الأكاديمية. (ج) التأكيد على أهداف التعلم أكثر من أهداف الأداء. في المنحى الذي يؤكد التعلم[1] (٣١) توجه المكافأة للجهد المبذول حتى وإن كان الناتج (الأداء هو[2] الهدف) صوابًا جزئيًا أو حتى خطأ. وحيث إن الحياة الاجتماعية والمكانة تؤثر في التحصيل الأكاديمي (٧) فلكي نضمن أن ينجح التلاميذ من ذوى صعوبات التعلم فلابد أن نهتم بمشاعرهم نحو قيمتهم واحترامهم لذاتهم.

اختيار أنسب مكان للالتحاق

كما تبين من تقرير الدراسات الطولية السابق الإشارة له فإن التلاميذ من ذوى صعوبات التعلم في حاجة إلى بيئة اجتماعية تدعم جهودهم في التعلم وتساعدهم على الاستمرار في التحصيل (١٣). على الرغم من أن المناقشات مازالت مستمرة حول أنسب النظم لتقديم خدمات للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم، فإن نتائج الدراسات التي تناولت مفهوم الذات ونوع الدراسة (التعليم العام، أو الالتحاق بغرفة مصادر أو تعلم

(1) Learning goal.

(2) Performance goal.

مستقل[1]) تشير إلى تساويها جميعًا، ولا نؤكد على تفضيل أي منها (١٢). فبعض الدراسات أشارت (١٢) إلى تحسن مفهوم الذات في البيئة الأكثر قيودًا أو تحديداً أو ذات بناء محدد وبعضها أشار إلى تحسن مفهوم الذات في البيئة الأقل تقييداً أو تحديداً والبعض لم يشر إلى فروق ذات دلالة بين البيئتين، إن سن الطفل عامل مهم في استجابته لبناء الفصل الذي يلتحق به، ففي دراسة (٢٤) عن العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوع الفصل لدى مجموعة من المراهقين من ذوى صعوبات التعلم بعضهم في فصول عادية ، والبعض في فصول خاصة كانت النتائج تشير إلى أن المراهقين ذوى صعوبات التعلم في فصول عادية كان معدل الأعراض الاكتئابية لديهم أعلى من أولئك الملحقين بفصول خاصة بهم، وتشير هذه النتائج إلى أن استجابة المعلمين والأقران قد تكون أقوى في الفصل العام، في حين تكون حساسية التلاميذ لصعوباتهم التعليمية أقل في الفصول الخاصة بهم.

سواء كان الطفل في فصل عام أو غرفة موارد فهو يحتاج إلى مناخ تعليمي أمن ومطمئن حتى يتقدم في التعلم (٥). حين يكون الجهاز المدرسي بصدد اتخاذ قرارات بشأن توزيع التلاميذ على الفصول لابد لهم من احترام تفضيل الطفل الشخصي، إلى جانب حاجاته التعليمية والوجدانية والاجتماعية (١٢)، وتشير بعض الدلائل إلى أن التلاميذ ذوى صعوبات التعلم يفضلون غرفة المصادر أو البرامج الخاصة عن تقديم نفس الخدمة داخل الفصل العادي (٢٥) (٣٠). بصرف النظر عن مكان الطفل، فلابد أن تكون بيئة المدرسة داعمة ومناسبة لحاجات الأطفال النمائية (٧).

تقدير إنجاز التلاميذ فى المجالات غير الأكاديمية :

إن تدعيم النمو الإيجابي في مجالات أداء أخرى إلى جانب المواد المدرسية التقليدية يعد مسارًا آخر لتنمية الصمود (٧٢). ويتضمن نموذج مفهوم الذات المتعدد

(1) Self Contained.

المجالات الستة الآتية لإدراك الذات (٢١): الذات الأكاديمية ، والجسمية ، والاجتماعية والرياضية ، والسلوكية ، والقيمة الكلية للذات. رغم أن مفهوم الذات الأكاديمي لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم يكون أدنى من أقرانهم فإن تحقيق النجاح في مجالات أخرى يمكن أن يساعد في تعديل إدراك الذات الأكاديمي المنخفض، ويساعد التلاميذ على الحفاظ على تقديرهم لذاتهم (٥٤) (٦٥). إن النجاح في أي مجال من مجالات الحياة يؤدي لنمو احترام الذات والشعور بالكفاءة الذاتية (٤٧) وكثيراً ما يجد التلاميذ ذوو صعوبات التعلم النجاح في مجالات غير أكاديمية مثل الرياضة والفن والتكنولوجي.

في تصور عما يمكن أن تكون عليه المدرسة من اختلاف إذا قام الفنانون والموسيقيون والرياضيون وعلماء الرياضيات بوضع المناهج والقواعد، ووسائل التعليم والامتحانات نذكر الآتي(٤٢):

> ناقشنا أحوال الأطفال في بيئتنا فإذا لم يتميزوا، فهذا يعني أن البيئة لا تشجع جوانب القوة لديهم، إن تغيير البيئة أمر لا يوضع في الاعتبار، ولا حتى يعتبر ضرورياً، فالمناطق التعليمية طورت المقررات التكنولوجية، وبقيت باقي المواد التقليدية حيث معدلات الفشل رهيبة، ومع ذلك فكل طفل يمكنه أن يكون خبيراً في مجال ما، من المهم أن نساعد علماء الرياضيات والموسيقيين أن يكونوا موجودين في حياة التلاميذ خلال الاثنى عشر سنة التي عليهم أن يقضوها في مدرسة لم تصمم لهم بل صممت لآخرين غيرهم.

هناك تشبيه (٤٩) آخر عن الراشدين من ذوى صعوبات التعلم (الدسلكسيا) الذين حققوا نجاحاً لم يكن متوقعًا لهم نتيجة للافتراض الخاطئ بأن المهارات اللازمة للنجاح في المدرسة هي نفسها المهارات اللازمة للنجاح في الحياة.

> تصور السلحفاة الضخمة وهي تخترق الرمال لتضع بيضها، إنها تكافح الرمال بضراوة كي تشق طريقها وتبدو مستهدفة للفشل وعاجزة وغير متوافقة، لو تصورت نفس السلحفاة في البحر تعوم بقوة ورشاقة، إنها تغوص في أعماق البحر وتظل بالقاع مدداً طويلة ثم تطفو. يمكن

للمدرسة بل يجب على المدرسة أن تعطي الأطفال لمحة ليتذوقوا حياة البحر الذي يتجهون نحوه أثناء كفاحهم لاجتياز هذه الرمال الثقيلة التي تسمى مدرسة.

إذن من المهم أن نتعرف على مواهب التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة ونقدرها، ونذكرهم أن الأداء المدرسي الناجح ليس ضمانًا أكيدًا للنجاح في الحياة. كثير هم من حققوا نجاحًا في الحياة على رغم من صعوبات التعلم، إنهم ينمون اتجاهات إيجابية نحو أنفسهم ونحو الحياة. لقد وجد (٧١) أن المزاج الإيجابي لا يقلل من النتائج السلبية في مرحلة المراهقة المتأخرة فقط ، وإنما ينبئ بالتوافق الإيجابي في سن ٣٢سنة.

تقدير إنجاز التلاميذ فى المجالات المدرسية:

تتحدد صعوبات التعلم بالنسبة لكثير من التلميذ في مجال معين، مثلاً قد يجد التلميذ صعوبة في القراءة ، لكن يتفوق في الرياضيات أو العلوم ، وقد يجد صعوبة في الهجاء على الرغم من قدرته على القراءة ، وحيث إن الميكانيزمات المعرفية واللغوية يختلف تأثيرها باختلاف الأداء الوظيفي للتلميذ ، فسوف يجد التلميذ من ذوى صعوبات التعلم مشكلات في بعض المهام التعليمية دون غيرها . مثال: التلميذ الذي لديه صعوبة في تمييز الكلمات والقراءة، لكن ليس لديه مشكلة في الحساب إلا إذا تضمنت المسألة اللغة إلى جانب الأرقام.

لابد أن يكون تحديد المجالات التعليمية التي يستطيع فيها التلاميذ ذوى صعوبات التعلم أن يتعلموا كأقرانهم باستخدام نفس المواد والعمليات التعليمية موضوعًا للاهتمام (٣٧). إن امتلاك نفس الكتاب شيء واستخدامه والاستفادة منه شيء آخر. لابد أن يتمكن التلاميذ من قراءة الكتب التي تعطى لهم، وبالتالي فمن المهم بالنسبة للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم تحديد مجالات القوى التعليمية لديهم، وإعداد المواد التعليمية المناسبة لهم. فالأطفال والراشدون الذين يرون أن صعوبات التعلم لديهم محددة ولا تؤثر في أدائهم الوظيفي العام يكون احترام الذات لديهم أكثر إيجابية (٨)

(٤٥). بصرف النظر عن مستوى الأداء فإن التلاميذ ذوى صعوبات التعلم لابد أن يمروا بخبرة إنجاز واقعي (٥). فتقدير الذات (٦٤) ينبع من الداخل إلى الخارج وليس من الخارج إلى الداخل. الكفاءة تؤدي إلى الثقة وبالتالي تزيد من الدافعية وينتج عنها اعتبار ذات حقيقي.

خاتمة :

على معلمي التربية الخاصة والعامة أن يعملوا معًا كي يقدموا ممارسات فعالة للتلاميذ الذين يعانون من الشعور بالخلط ويسعون للحفاظ على أنفسهم وإنجازاتهم (٣٢). حين يعطي المعلمون للتلاميذ أسبابًا قوية للحضور في الفصل وتجنب خبرات الفشل فإن كثيرًا من التلاميذ ذوى صعوبات التعلم يتفوقون وليس فقط يحافظون على وجودهم. علينا أن نشجع المعلمين (٣٧) على أن يتركوا علامة في حياة التلاميذ وحين يسألون وهم كبار: اذكر معلمًا أثر فيك؟

المدرسة التي تقوم بوظائفها بمثابة عامل واق لنمو الأطفال وإنجازهم (٢٦) (٤٦)، لابد أن تكون المدرسة فعالة، وداعمة وتتناسب مع حاجات الأطفال النمائية (٧). وهذا يتطلب أن يكون لدى المعلمين جميعًا رؤية مشتركة وخطة لتحقيقها. ونذكر هنا قصة "القطة وأليس في بلاد العجائب" حين سألت أليس القطة إلى أي طريق أتجه عند تقاطع الطرق ، فسألت القطة أليس إلى أين تذهبين؟ أجابت أليس ليس لدي فكرة ، فردت القطة ، عندما لا تعرفين إلى أين تتوجهين ، فأي طريق يناسبك.

نحن نحتاج أن يكون تفكيرنا واضحًا وقويًا (١١)، لابد أن نعرف وجهتنا وبدقة عند تخطيط المنهج واختيار الأنشطة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، وفيما يلي وصف التهيؤ العقلي للمربي الفعال.

يمكننا تحقيق تلك (الفاعلية) بأن نضع أنفسنا مكانهم (أي مكان الأطفال) ، وأن نعاملهم بما نحب أن يعاملنا الآخرون ، بأن نجد دقائق قليلة لنبتسم لهم ، ونجعلهم

يشعرون بالراحة ، وبتدريسهم بالطرائق التي يستطيعون أن يتعلموا بها بنجاح ، وبأن ننتبه ونتجنب أي كلمات أو أفعال تعني اتهامهم ، وأن نحد من شعورهم بالمهانة ومن خوفهم من الفشل والاحتقار، وأن نشجعهم ونقدر جوانب القوة لديهم .

هذا هو الطريق الذي علينا أن نسلكه طريقًا تعبده الممارسات الفعالة والمساندة والتفهم.

REFERENCES

1- Bender, W. N., Rosenkrans, C. B., & Crane, M. K. (1999). Stress, depression, and suicide among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Learning Disability Quarterly, 22*, 143–156.

2- Blocker, L. S., & Copeland, E. P. (1994, April–May). Determinants of resilience in high-stressed youth. *High School Journal*, 286–293.

3- Borkowski, J. G., Carr, M., Rellinger, L., & Pressley, M. (1990). Self-regulated cognition: Interdependence of metacognition, attributions, and self-esteem. In B. Jones & L. Idol (Eds.), *Dimensions of thinking and cognitive instruction* (pp. 53–92). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

4- Brooks, R. B. (1991). *The self-esteem teacher*. Loveland, OH: Treehaus Communications.

5- Brooks, R. B. (2001). Fostering motivation, hope, and resilience in children with learning disorders. *Annals of Dyslexia, 51*, 9–20.

6- Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children: Fostering strength, hope, and optimism in your child*. Lincolnwood, IL: Contemporary Books.

7- Bryan, T. (2003). The applicability of the risk and resilience model to social problems of students with learning disabilities: Response to Bernice Wong. *Learning Disabilities Research and Practice, 18*, 94–98.

8- Cosden, M. (2001). Risk and resilience for substance abuse among adolescents and adults with LD. *Journal of Learning Disabilities, 34*, 352–358.

9- Cosden, M., Brown, C., & Elliott, K. (2002). Development of self-understanding and self-esteem in children and adults with learning disabilities. In B. Y. L. Wong & M. Donahue (Eds.), *Social dimensions of learning disabilities* (pp. 33–51). Mahwah, NJ: Erlbaum.

10- Crawford, V. (2002). *Embracing the monster: Overcoming the challenges of hidden disabilities*. Baltimore: Paul Brookes.

11- Donahue, M. L., & Pearl, R. (2003). Studying social development and learning disabilities is not for the faint-hearted: Comments on the risk/resilience framework. *Learning Disabilities Research and Practice, 18*, 90–93.

12- Elbaum, B. (2002). The self-concept of students with learning disabilities: A meta-analysis of comparisons across different placements. *Learning Disabilities Research and Practice, 17*, 216–226.

13- Elbaum, B., & Vaughn, S. (2001). School-based interventions to enhance the self-concept of students with learning disabilities: A meta-analysis. *Elementary School Journal, 101*, 303–329.

14- Elliot, S., & McKinnie, D. (1994). Relationships and differences among social skills, problem behaviors, and academic competence for mainstreamed learning-disabled and nonhandicapped students. *Canadian Journal of School Psychology, 10*, 1–14.

15- Fernald, G. (1943). *Remedial techniques in basic school subjects*. New York: McGraw-Hill.

16- Gerber, P. J., & Ginsberg, R. J. (1990). Identifying alterable patterns of success in highly successful adults with learning disabilities. Washington, DC: OSERS: National Institute for Disability and Rehabilitation Research.

17- Gerber, P. J., Ginsberg, R. J., & Reiff, H. B. (1992). Identifying alterable patterns in employment success in highly successful adults with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 25*, 475–487.

18- Gerber, P. J., Reiff, H. B., & Ginsberg, R. (1996). Reframing the learning disabilities experience. *Journal of Learning Disabilities, 29*, 98–101.

19- Hall, C. W., Spruill, K. L., & Webster, R. E. (2002). Motivational and attitudinal factors of college students with and without learning disabilities. *Learning Disabilities Quarterly, 25*, 79–86.

20- Hallowell, E. M. (2003). Life and death and reading words. *Perspectives, 29*(3), 6–7.

21- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. Denver: University of Denver.

22- Hechtman, L. (1991). Resilience and vulnerability in long-term outcomes of attention deficit hyperactivity disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*, 415–421.

23- Higgins, E. L., Raskind, M. H., Goldberg, R. J., & Herman, K. L. (2002) *Learning Disability Quarterly, 25*, 3–18.
24- Howard, K. A., & Tryon, G. S. (2002). Depressive symptoms in and type of classroom placement for adolescents with LD. *Journal of Learning Disabilities, 35*, 186–190.
25- Jenkins, J. R., & Heinen, A. (1989). Students' preferences for service delivery: Pull-out, in-class, or integrated models. *Exceptional Children, 55*, 516–523.
26- Keogh, B. K., & Weisner, T. (1993). An ecocultural perspective on risk and protective factors in children's development: Implications for learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice, 8*, 3–10.
27- Kloomok, S., & Cosden, M. (1994). Self-concept in children with learning disabilities: The relationship between global self-concept, academic "discounting," nonacademic self-concept, and perceived social support. *Learning Disability Quarterly, 17*, 140–153.
28- Kravetz, S., Faust, M., Lipshitz, S., & Shalhav, S. (1999). LD, interpersonal understanding, and social behavior in the classroom. *Journal of Learning Disabilities, 32*, 248–255.
29- Kuhne, M., & Wiener, J. (2000). Stability of social status of children without and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly, 23*, 64–75.
30- Le Mare, L., & de la Ronde, M. (2000). Links among social status, service delivery mode, and service delivery preference in LD, low-achieving, and normally achieving elementary-aged children. *Learning Disability Quarterly, 23*, 52–62.
31- Lerner, J. W. (2000). *Learning disabilities: Theories, diagnosis, and teaching strategies*. Boston: Houghton Mifflin.
32- Masters, L. F., Mori, B. A., & Mori, A. A (1993). *Teaching students with mild learning and behavior problems: Methods, materials, strategies*. Austin, TX: PRO-ED.
33- Mather, N., & Gregg, N. (2003). "I can rite": Informal assessment of written language. In S. Vaughn & K. L. Briggs (Eds.), *Reading in the classroom: Systems for observing teaching and learning* (pp. 179–219). Baltimore: Brookes.
34- McKinney, J. D., Osborne, S. S., & Schulte, A. C. (1993). Academic consequences of learning disability: Longitudinal prediction of outcomes at 11 years of age. *Learning Disability Research and Practice, 8*, 19–27.
35- McMaster, K. N., & Fuchs, D. (2002). Effects of cooperative learning on the academic achievement of students with learning disabilities: An update of Tateyama-Sniezek's review. *Learning Disabilities Research and Practice, 17*, 107–117.
36- McNulty, M. A. (2003). Dyslexia and the life course. *Journal of Learning Disabilities, 36*. 363–381.
37- Miller, M., & Fritz, M. F. (1998). A demonstration of resilience. *Intervention in School and Clinic, 33*, 265–271.
38- Morrison, G. M. (1985). Differences in teacher perceptions and student self-perceptions for learning disabled and nonhandicapped learners in regular and special education settings. *Learning Disabilities Quarterly, 1*, 32–41.
39- Morrison, G. M., & Cosden, M. A. (1997). Risk, resilience, and adjustment of individuals with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly, 20*, 43–60.
40- Morrison, G. M., & D'Incau, B. (1997). The web of zero tolerance: Characteristics of students who are recommended for expulsion from school. *Education and Treatment of Children, 20*, 316–335.
41- Palombo, J. (2001). *Learning disorders and disorders of the self*. New York: Norton.
42- Perfitt-Nelson, M. (2002, December 16). "G," Sam makes sense. Message posted to http://IAPCHC@yahoogroups.com.
43- Reiff, H. B., Gerber, P. J., & Ginsberg, R. (1993). Definitions of learning disabilities from adults with learning disabilities: The insiders' perspectives. *Learning Disability Quarterly, 16*, 114–125.
44- Robertson, L. M., Harding, M., & Morrison, G. (1998). A comparison of risk and resilience indicators among Latino/a? students: Differences between students identified as at-risk, learning disabled, speech impaired, and not at-risk. *Education and Treatment of Children, 21*, 333–354.

45- Rothman, H. R., & Cosden, M. (1995). The relationship between self-perception of a learning disability and achievement, self-concept and social support. *Learning Disability Quarterly, 18*, 203–212.

46- Rutter, M. (1978). Early sources of security and competence. In J. S. Bruner & A. Garten (Eds.), *Human journal of development* (pp. 49–74). London: Clarendon.

47- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598–611.

48- Sabornie, E. J., & deBettencourt, L. U. (1997). *Teaching students with mild disabilities at the secondary level.* Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

49- Salza, I. (2003). Struggling to learn in school: Confessions of a lunch-pail school head. *Perspectives: The International Dyslexia Association, 29* (2), 26–27.

50- Schumm, J. S., Moody, S. W., & Vaughn, S. (2000). Grouping for reading instruction: Does one size fit all? *Journal of Learning Disabilities, 33*, 477–488.

51- Segal, J. (1988). Teachers have enormous power in affecting a child's self-esteem. *Brown University Child Behavior and Development Newsletter, 4*, 1–3.

52- Settle, S. A., & Milich, R. (1999). Social persistence following failure in boys and girls with LD. *Journal of Learning Disabilities, 32*, 201–212.

53- Shessel, I., & Reiff, H. B. (1999). Experiences of adults with learning disabilities: Positive and negative impacts and outcomes. *Learning Disability Quarterly, 22*, 305–316.

54- Smith, D. S., & Nagle, R. J. (1995). Self-perceptions and social comparisons among children with LD. *Journal of Learning Disabilities, 28*, 364–371.

55- Smith, S. L. (1989, April). The masks students wear. *Instructor*, 27–28, 31–32.

56- Smith, S. L. (2003). What do parents of children with learning disabilities, ADHD, and related disorders deal with? *LDA Newsbriefs, 38* (4), 3–8, 16.

57- Sorensen, L. G., Forbes, P. W., Bernstein, J. H., Weiler, M. D., Mitchell, W. M., & Waber, D. P. (2003). Psychosocial adjustment over a two-year period in children referred for learning problems: Risk, resilience, and adaptation. *Learning Disabilities Research and Practice, 18*, 10–24.

58- Spekman, N. J., Goldberg, R. J., & Herman, K. L. (1993). An exploration of risk and resilience in the lives of individuals with learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice, 8*, 11–18.

59- Spekman, N. J., Herman, K. L., & Vogel, S. A. (1993). Risk and resilience in individuals with learning disabilities: A challenge to the field. *Learning Disabilities Research and Practice, 8*, 59–65.

60- Stanovich, K. E. (1986). Matthew effects in reading: Some consequences of individual differences in the acquisition of literacy. *Reading Research Quarterly, 21*, 360–407.

61- Stanovich, K. E. (1999). The sociopsychometrics of learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 32*, 350–361.

62- Steele, C. M. (1995). Stereotype threat and intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 797–811.

63- U.S. Office of Education. (1992). *Fourteenth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Act.* Washington, DC: Author.

64- Vail, P. L. (2003). Ten tenets for parents. *Perspectives, 29* (3), 22.

65- Vaughn, S., & Elbaum, B. (1999). The self-concept and friendships of students with learning disabilities: A developmental perspective. In R. Gallimore, L. P. Bernheimer, D. L MacMillan, D. L Speece, & S. Vaughn (Eds.), *Developmental perspectives on children with high-incidence disabilities* (pp. 15-31). Mahwah, NJ: Erlbaum.

66- Vaughn, S., & Haager, D. (1994). Social competence as a multifaceted construct: How do students with learning disabilities fare? *Learning Disability Quarterly, 12*, 253–266.

67- Vaughn, S., Haager, D., Hogan, A., & Kouzekanani, K. (1992). Self-concept and peer acceptance in students with learning disabilities: A four- to five-year prospective study. *Journal of Educational Psychology, 84*, 43-50.

68- Voeller, K. K. S. (1991). Social-emotional learning disabilities. *Psychiatric Annals, 21*, 735–741.
69- Vogel, S. A., Hruby, P. J., & Adelman, P. B. (1993). Educational and psychological factors in successful and unsuccessful college students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice, 8*, 35–43.
70- Wagner, M. (1990). *The school programs and school performance of secondary students classified as learning disabled: Findings from the national longitudinal transition study of special education students*. Menlo Park, CA: SRI International.
71- Werner, E. E. (1993). Risk and resilience in individuals with learning disabilities: Lessons learned from the Kauai longitudinal study. *Learning Disabilities Research and Practice, 8*, 28–34.
72- Werner, E. E. (1999). Risk and protective factors in the lives of children with high-incidence disabilities. In R. Gallimore, L. P. Bernheimer, D. L. MacMillan, D. L. Speece, & S. Vaughn (Eds.), *Developmental perspectives on children with high-incidence disabilities* (pp. 15–31). Mahwah, NJ: Erlbaum.
73- Wiener, J. (2003). Resilience and multiple risks: A response to Bernice Wong. *Learning Disabilities Research and Practice, 18*, 77–81.
74- Wong, B. Y. L. (2003). General and specific issues for researchers' consideration in applying the risk and resilience framework to the social domain of learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice, 18*, 68–76.
75- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., & Kerley, J. H. (1993). The role of children's future expectations in self-esteem functioning and adjustment to life stress: A prospective study of urban at-risk children. *Development and Psychopathology, 5*, 649–661.

الفصل السادس عشر

الصمود واختلال ضبط الذات

واي شن واريك تايلور

مقدمة :

مفهوم (التحكم فى الذات) ضبط الذات، وقصور الانتباه، وفرط الحركة ADHD :(١)

مفهوم التحكم في الذات مفهومًا طاغيًا في علم النفس الارتقائي. فإن تحكم الكائن أو الافتقار للتحكم في استجاباته للمنبهات على المستوى العصبي المعرفي يعتبر موضوعًا محوريًا في بحوث وظائف الانتباه، والوظائف التنفيذية وقصور الانتباه (٥٤)، أما التحكم في السلوك فهو فكرة أكثر تعقيدًا، فإن تنظيم النشاط تبعًا لخطة تحكمها القواعد ، له ميزات كثيرة بل هو اكتساب حاسم في تطور الإنسان. ويرتبط التحكم في الانفعالات بفكرة التواؤمية حيث يقع التحكم بين استقبال المنبه وإصدار الاستجابة فيعدل رد الفعل الوجداني المباشر، وتصبح الاستجابة بأسلوب تحكمه الإرادة وليس الاندفاع والعاطفة.

---

(1) Attention Deficit Hyper Activity (ADHD). سوف يستخدم المختصر تيسيرًا على القارئ.

إن التحكم في الذات أو غيابه مفهوم مناسب لتفسير مدى واسع من الأعراض السيكوباثولوجية، فالخلل في التحكم في الذات يمكن اعتباره مصدر خطر في كل مظاهر الاضطراب ذات السلوك غير المرغوب أو غير المحكوم بقاعدة أو مبدأ، مثل فرط النشاط وقصور الانتباه في اضطراب توريت[1]. اضطرابات الاندفاع مثل المقامرة والشره والسرقة المرضية والتعاطي، واضطرابات السلوك واللازمات في اضطراب توريت (٥٣)، ويمكن أن يعتبر مكونًا في هذه الاضطرابات أو نتيجة لها، ويمكن اعتبار التحكم في الذات عاملاً واقيًا في مدى واسع من الاضطرابات ، إما لأن الفرد يستطيع أن يوظف التحكم في الذات لتجنب التورط في المزيد من المخاطر النمائية مثل التعاطي ، وإما لأن القدرة على التحكم في الذات شرط ضروري لنجاح بعض أشكال العلاج مثل العلاج العقلاني (٥٤).

هذا الاستخدام الواسع لمفهوم التحكم في الذات يشكل صعوبة ، فإذا كان المفهوم قابلاً للتطبيق على هذا العدد الضخم من المشكلات ، فقد لا يعتبر مفهومًا تفسيريًا ، بل يعتبر وصفًا غير محدد ، وتتكون بذلك علاقة دائرية. فإذا كان الدليل الوحيد على السلوك السيئ ضعف التحكم في الذات فلا يمكن أن يستخدم لتفسير هذا السلوك ، فهو يشكل نظرية عن سببية اضطراب السلوك، في هذه الحالة يكون من الضروري وجود دليل مستقل على وجوده. لقد كان من الصعب التوصل لتعريف إجرائي للتحكم في الذات وهي نفس الصعوبة الكامنة في فكرة الإرادة. فإذا كان السلوك سببه الاختيار فما الذي يسبب الاختيار؟

حين يعتبر التحكم في الذات نظرية سببية ، فإن الخلل في التحكم يتنافس مع غيره من المفاهيم. تصور مجموعة من الأطفال في صف دراسي يسيئون التصرف ،

---

(1) Tourette disorder

يستخدم مفهوم التحكم في الذات وضبط الذات كترجمة Self control

بعضـهم يفعل ذلك بطريقة إرادية خطط لها، مثلاً لأنهم يريدون التأثير على زملائهم أكثر من إرضـاء المدرس ، هذا الموقف سيئ لكنه تحت السيطرة، هو تنظيم مـختلف ، ولكن ليس غيابا في التنظيم. البعض الآخر في الفصل ليس لديه فكرة أنهم يخالفون توقعات مهمة، فشعورهم بذاتهم من القوة بما يجعلهم يتصرفون تبعًا لما يعن لهم دون اعتبار لرد فعل الآخرين، وآخرون حين يفكرون في الموقف يجدون أن من صـالحهم ألا يتبعوا القواعد ، لكن الطفل الذي لم يأخذ الوقت ليفكر ويترجم ما يفهمه إلى تصرفات ، أو أنه لا يستطيع ذلك ، هو من ينطبق عليه أن لديه قصورا في التحكم في الذات أو الاندفاع أو قصورا في الكف وكلها ليست تعريفات إجرائية للسلوك ، وإنما هي استدلالات مبنية على الحالة العقلية الراهنة أو الحالات العقلية الممكنة.

سوف نركز في هذا الفصل على السلوك الإجرائي الذي يمكن أن يرى دليلاً على خلل في تنظيم الذات ، أو الاندفاعية أو المبالغة في النشاط ، في حدود هذه التعريفات الإجرائية فإن قصور الانتباه وفرط الحركة يمثل مجالاً كلاسيكيًا، حيث يتميز بمستوى من عدم الانتباه ، وفرط الحركة والاندفاع لا يتناسب مع سن الطفل ، ويبدأ في الطفولة المبكرة أو المتوسطة. وسوف نصف السلوك كما ظهر في الدراسات التي استخدمت منهج الملاحظة، وسوف نلخص أدبيات البحث على أساس معرفي عصبي، التي توحي بتغيرات وظيفية في بناء المخ ترتبط بالتنظيم الذاتي ، ثم نراجع الدراسات على أساس أن التغيرات السلوكية الناتجة تعتبر عوامل خطر حقيقية تهدد التوافق. ويؤدي بنا ذلك للأخذ في الاعتبار العوامل التي تحسن الصمود في مواجهة هذا الخطر بما في ذلك ما يمكن تحقيقه من خلال العلاج.

المشكلات الجوهرية فى قصور الانتباه وفرط الحركة (النشاط) ADHD :

لكي يتم تشخيص ADHD لابد أن تكون الأعراض مستمرة على مدى زمني معين، وكذلك في مجالات الحياة المختلفة ، فقصور الانتباه[1] يعني قصر الزمن الذي يقضيه

(1) Inattentiveness.

الطفل في مهمة معينة أو لعبة معينة ، وتعدد الاهتمامات بعيداً عن المهمة المحورية ، والمزيد من التغيرات السريعة بين الأنشطة(١١) (٣٧) ، أما فرط النشاط[1] أو فرط الحركة فتشير إلى المبالغة في الحركة وهي لا يمكن تخفيضها لتنطبق على الاندفاعية أو قصور الانتباه (٤١)،الاندفاعية[2] تعني التصرف دون التدبر أو التفكير ويمكن تصورها باعتبارها استجابة مبالغة في السرعة تسعى للاستثارة والانجذاب الشديد لمكافئة محدودة القيمة، والعزوف عن الانتظار، والفشل في التخطيط للمستقبل ، ويندرج تحت ADHD ثلاثة أنماط فرعية كما ورد في دليل التشخيص الإحصائي: (١) قصور دائم في الانتباه. (٢) فرط نشاط واندفاعية دائمة. (٣) الجمع بين ١ + ٢ . ويتشابه هذا التصنيف الثالث مع التشخيص الأوروبي لاضطراب فرط الحركة[3] وزمله أعراض فرط النشاط الدائم، ADHD حالة معوقة ترتبط بتزايد خطر صعوبات التعلم ، والفشل الدراسي ، وخلل في الوظائف الاجتماعية ومشكلات في العلاقة بالغير وصعوبات في التوظف ، وانحرافات سلوكية ، واضطرابات سيكاترية متعددة بما في ذلك اضطرابات المسلك[4]، وفي مرحلة عمرية تالية يظهر التعاطي واضطرابات الشخصية والاضطرابات المزاجية.

العوامل النفسية العصبية المرتبطة ADHD :

في مجال البحث في ADHD، يتزايد الاهتمام بالافتراض الخاص بوجود خلل في كف الاستجابة والتحكم في الذات (ضبط الذات) باعتباره جوهر المرض النفسي. على الرغم أن قصور الانتباه والتشتت علامتان سائدتان تلاحظان دائمًا في ADHD، فإن الدراسات النفسية العصبية لم تنجح في الكشف عن قصور الانتباه الانتقائي أو فلتر

---

(1) Over activity.

(2) Impulsivity.

(3) Hyperkinetic.

(4) Conduct disorder (CD).

الانتباه ، وهذا يعني أن القصور لا يبدو أنه في المدخلات الحسية أو المعلومات غير المطلوبة وإنما في مخرجات الاستجابة، بمعنى أخر أن ADHD يبدو أنه اضطراب في كف الاستجابة وفي وجود نماذج استجابة لا توافقية، وليس اضطراب في الإدراك.

هناك عدة اعتبارات نظرية في تغير تنظيم الاستجابة تتنافس فيما بينها لتعطي أقرب تمثيل للمشكلات: (١) نظرية كف الاستجابة[1]. (٢) نظرية النفور من تأخير الاستجابة[2]. (٥٨) (٥٢) (٣) نظرية تنظيم الحالة[3]. (٤) نظرية خلل الذاكرة العاملة[4]. (٥) نظرية التنشيط المعرفي[5]. (٦٠) (٦) نظرية قصور إدراك الزمن[6] (٥٣). وحديثًا طرح نموذج المسار الثنائي الذي يجمع بين نظرية كف الاستجابة مع نظرية النفور من تأخير الاستجابة.

وتركز نظرية كف الاستجابة على أن جوهر القصور في ADHD يرجع إلى خلل في كف المخرجات غير المطلوبة ، مثال لذلك في كف استجابة مسيطرة أو الإمساك عن استجابة مستقرة (بما يسمح بتأخير الاستجابة واتخاذ قرار) وحماية هذه الفترة الزمنية للتأخير من تدخل أحداث خارجية أو إفسادها بأحداث خارجية ، وهذا القصور يستجلب تشوهات ثانوية في الوظائف التنفيذية المتضمنة في ضبط الذات.

نظرية تنظيم الحالة تؤكد بصورة أكبر عوامل المجال، حيث يعتقد أن الأداء الضعيف لأطفال ADHD في مهام معينة يعكس حالة ليست الأمثل لتجميع النشاط ، والاستثارة والتنشيط والجهد ، فإن حالة هؤلاء الأطفال (ADHD) يمكن أن تصل للمعدل الأمثل بتقديم مكافأة مثلاً أو معدل أسرع من الأحداث وبالتالي يمكن أن

(1) Response inhibition theory.

(2) Delay aversion theory.

(3) State regulation theory.

(4) Working memory deficit theory.

(5) Cognitive - energetic theory.

(6) Temporality deficits theory.

يصبح أداؤهم في مستوى أداء العينات الضابطة. هذه النظرية تقدم تفسيراً للتنوع المشاهد أو لعدم الاتساق في استجابة الأطفال ADHD، وكذلك فيمكن تغيير درجة التنوع تحت مواقف تجريبية مختلفة من خلال التنوع في تقديم المثيرات، مثل التحسن تحت ظروف المكافأة وتحت معدل سريع لتقديم المثيرات.

نظرية النفور من التأخير تفترض أن السلوك الاندفاعي غير المحكوم لا ينشأ من العجز عن التوقف أو الإمساك عن الاستجابة ، وإنما عن تغير في الدافعية: كراهية عميقة ومتأصلة للانتظار وبالتالي عدم القدرة على تأخير الاستجابة. تأثير المجال هنا أقوى في هذا التشكيل وذلك لما يأتي: إذا أمكن التحكم في ظروف التأخير، إذا كان على الطفل أن ينتظر بصرف النظر عن اختياره فيصبح من الممكن أن نصمم تصميماً تجريبياً لا يظهر فيه أطفال ADHD الاندفاعية.

باختصار لا يمكن أن نفترض من الدراسات المعرفية حتى الآن ما إذا كنا نتعامل مع تصور في كف التحكم أم مع تغير في طرائق اتخاذ القرار بشأن الكف، فكلا المبدأين يمكن تطبيقه، حيث لا يغني أحدهما عن الآخر، بل يمكن لأحدهما أن يتولد عن الآخر، فقصور الكف قد يؤدي بالأطفال إلى أن يتجنبوا التأخير لأنهم عانوا من خبرات فشل في مواقف التأخير. كراهية التأخير أو تجنب التأخير لا يشجع الأطفال على معايشة مواقف تتضمن التأخير، مما يؤدي إلى حرمانهم من تعلم مهارات الكف. نحن لا نرى تنافساً بين نظريات الكف وتجنب التأخير في تفسير السلوك الاندفاعي، وإنما نرى أنهما يصفان مسارين محتملين للاندفاعية يؤديان إما إلى مجموعتين فرعيتين من الأطفال ADHD أو إلى مجموعتين من المشكلات لنفس الفرد. في نموذج التحكم في الاختيار (٥٦)، تقدم النظريتان تغيرات في مراحل مختلفة من صياغة الاستجابة المقصودة المخططة ، التخطيط التنفيذي واتخاذ القرار لما سوف يعمله ، وتحويل الفكرة إلى خطة ، واختيار خطة من بين الخطط المتاحة، وقمع باقي الخطط.

كل صور اضطراب كف التحكم (الضبط) قد تنتج مباشرة عن تغيرات محددة جينيًا في البناء الدقيق وعمليات التمثيل الغذائي في المخ، بناء المخ المسئول عن قمع

الاستجابات غير المناسبة هو الفص الأمامي الأيمن وهو ثري بالدوبامين ومستقبلات الدوبامين، ويمكن أن يختل نشاطهما إذا حدث نقص نتيجة لعوامل جينية في الناقلات، لكن اعتبار هذا التفسير السبب المباشر والوحيد تبسيطًا مخلاً، فالتفاعل مع البيئة السيكولوجية لابد أن يؤخذ في الاعتبار. هناك تأثيرات جينية قوية على السلوك المفرط النشاط ، لكن ما يعرف عن وراثة اللاسواء المعرفي قليلا للغاية. الخبرة قد تؤثر على العمليات البسيطة والمركبة، لكن من الأسهل أن نرى كيف يمكن للعمليات المركبة أن تعدل من خلال التعلم والدافعية. القرار بالكف، والإمساك عن استجابة مسيطرة، أو استجابة من المعروف أنها تؤدي إلى إشباع مباشر، هذا القرار لابد أن يتخذه الفرد بناء على خبرات سابقة، فالأطفال الذين لديهم خبرة سابقة مؤداها أن المدعمات التي تتأخر لا تأتي أبداً (مثل حالة الأطفال من آباء اندفاعيين) هؤلاء الأطفال لا ينمو لديهم أسلوب تفضيل التأخير، وبالمثل فإن القرار بالنظر بعين الاعتبار للمشكلة المطلوب مواجهتها وتحليلها يكون مشروطًا بمدى ما حققه هذا السلوك من نجاح في الماضي للطفل، أو باستجابة من يقومون بالرعاية حياله. نظريًا فإن هذا التفسير يفتح الطريق أمام برامج تدخلية معرفية لتنمية قدرة الفرد على التعليمات الذاتية(1). أما عمليًا فلم تثبت قيمة هذا التدخل في الممارسة الإكلينيكية.

الصمود ودراسة النواتج وقضايا منهجية:

في دراسة تتبعية (٥٧) لأطفال لديهم فرط النشاط بناء على تقدير آبائهم ومدرسيهم، ضمن دراسة مسحية على المجتمع تناولت الأطفال في سن ٧-٨ سنوات وبعد تسع سنوات، في سن ١٧ أعيد القياس على الأطفال عندما أصبحوا شبابًا من خلال تقدير الآباء واستخدام مقياس(2) تقدير الآباء لأعراض الأطفال (PACS) في

(1) Self- instruction.

(2) Parent Account of Childhood Symptoms (PACS).

مقابلة متعمقة ، وتبين من المتابعة أن فرط الحركة عامل خطر ارتبط بسوء التوافق، حتى بعد استبعاد الأطفال الذين أظهروا مشكلات الاضطرابات الانفعالية، حيث وصل عدد الأطفال ذوى التشخيص السيكاتري إلى نصف العينة، ومعظمهم كان لديه مشكلات كاستمرار فرط الحركة والعنف وغيرها من المشكلات السلوكية والاجتماعية والمشكلات مع الأقران. على الرغم من أن فرط الحركة يبدو كأنه اضطراب مزمن، فإن أقلية من الأطفال تجاوزوا مترتباته السلبية، وحققوا نموًا سليمًا، بمعنى آخر إن وجود اضطراب فرط الحركة لا يمنع من الصمود ومع ذلك فإن دراسة الصمود لدى أطفال فرط الحركة لم تلق الاهتمام الذي تستحقه من الباحثين.

في مجال دراسة الصمود أجريت دراسات على أطفال تعرضوا لمحن وحرمان في حياتهم الباكرة ، ودرس الباحثون منبآت التوافق الجيد في مستقبل حياة هؤلاء الأطفال باعتبارها دليلاً على الصمود ، وعلى الرغم من أنه من الممكن استخلاص مثل هذه المنبآت في حالة ADHD، فإن المجال يفتقر إلى الدليل الإجرائي القوي ، بالإضافة إلى أن الدراسات الإمبريقية أحيانًا تعطي نتائج تتعارض مع ما يمكن أن تتوقعه على أسس منطقية. وقد ناقش الكاتب في الفصل السابع من هذا الكتاب هذه القضية (٢٢). من المهم أن نؤكد أن معظم الدراسات الكبرى لم تجر على أطفال ADHD أو أطفال فرط الحركة. لكي تتجنب الخلط فلن نعرض لنتائجها هنا وإنما نعرض لدراسات تناولت ADHD أو أطفال فرط الحركة.

بزغ اتجاه جديد يتحدى التصور التقليدي للصمود وهو النموذج المبني على أساس القصور أو الضعف[1] (٨)، في النموذج المبني على القصور أو الضعف يعرف الصمود باعتباره عوامل تخفض الأعراض وبالتالي تحسن النواتج، لكن هناك نموذجًا بديلاً مبنيًا على أساس القوى[2]، وهذا النموذج يؤكد تنمية المهارات والقوى

(1) Deficit or weakness- based model.

(2) Strength- based model.

والكفاءة بدلاً من مقاومة الاضطراب (٨). وجوهر المنحى الجديد أنه يضع حدوداً بين جوانب القوى (القدرات) وجوانب العجز (القصور)، ويؤكد نمو القدرات والمواهب المرتبطة بالحالة (٨). على نقيض المنظومة التقليدية فإن المنظومة الجديدة تفترض أن جوانب القوة يمكن أن تحجم المترتبات السلبية للأعراض وكذلك فهي تنمي الصمود.

لا توجد محاولة جادة لتقييم فاعلية هذه المنظومة الجديدة، لاختبار ما إذا كان تحسين وتنمية القدرات أو القوى أو جزر[1] القوى المرتبطة ADHD في غياب تقليل الأعراض يحسن النواتج في ADHD، في هذا العرض سوف نتناول الدلائل المتاحة المنشورة عن (١) التاريخ الطبيعي لظرف ما وما يترتب عليه من تأثير على الصمود (٢) منبآت الصمود ومنبآت نتائج المحن في ADHD (٣) منبآت الاستجابة للعلاج (٤) ما إذا كان الاكتفاء بالتأكيد على القوى وعدم بذل الجهد للحد من الأعراض يؤدي إلى تنمية الصمود لدى أطفال ADHD.

قبل هذا العرض نود أن ندعو للانتباه لبعض القضايا المنهجية في تقييم الأدلة المنشورة في هذا المجال. أدلة البحث في مجال ADHD مستمدة من مجموعتين من الأبحاث تلك التي أجريت على أفراد من ذوى فرط الحركة أو أفراد من ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة أو تشخيص موازٍ له، وهذه الفئة الأخيرة تضم أطفالاً تم تشخيصهم إكلينيكياً أنهم ADHD إما بالفحص الإكلينيكي أو استخدام أداة تشخيص ذات مصداقية، هؤلاء الأفراد عادة ما يتأكد تشخيصهم بواسطة إكلينيكيين متخصصين. من ناحية أخرى فإن أفراد عينات دراسات فرط الحركة مستمدون من عينات من المجتمع ويتم تصنيفهم على أساس مستوى النشاط (وقد يضاف إليه قصور الانتباه. هؤلاء الأفراد الذين يدركهم الآخرون باعتبارهم من ذوى النشاط المفرط يمثلون الحد الأقصى من متصل الحركة، لكن ليس بالضرورة أن يكون لديهم ADHD باعتباره اضطرابا إكلينيكياً.

(1) Islands of strength.

البحث على أطفال ADHD دائمًا موضع شك من حيث التحيز فى تحويل الأطفال، بمعنى أن الأطفال الذين يحولون إلى طبيب قد يكون لديهم أعراض أكثر شدة، أعراض أخرى مرضية مصاحبة تزعج الكبار مثل العدوان واضطرابات المسلك وهى أكثر شيوعًا لدى الذكور ، أكثر من هذا فإن النتيجة تتأثر بدرجة كبيرة بما إذا كانت المجموعة الضابطة أو مجموعة المقارنة يمكن المقارنة بها على أساس حسن اختيارها وتمثيلها. إن المجموعة التي تتم المقارنة بينها وبين مجموعة الدراسة قد تبالغ فى التشابه بينهما ، وفي هذه الحالة يؤدي التشابه الشديد إلي اختفاء الفروق أو الاختلافات بينهما، وقد تكون المجموعة التى تتم المقارنة بها شديدة الاختلاف مما يؤدي إلى ظهور فروق أو اختلافات زائفة .

من ناحية أخرى فإن البحث في فرط الحركة وهو أحد طرفي البعد المتصل، عادة ما يتم إجراؤه على عينات من المجموعة[1]، وهي أقل عرضة لتحيز الاختيار، لكن نوعية البيانات التى يتم جمعيها تفتقر دائمًا للتفاصيل والدقة، ودائمًا ما تكون متحيزة وهي دائمًا مشتقة من مقاييس تقدير تسجل السلوك على مدى زمني قصير، ويقوم الآباء والمعلمون بتحديدها وهم غير مدربين على التمييز بين السواء واضطراب المسلك، ولذلك فإن المعلومات التى يتم جمعها عرضة لأخطاء القياس، وتحيز المقدرين، وتحيز المعلومات مما يؤدي إلى تصنيف سيئ للأفراد، وأكثر من هذا فإن فى تحليل البيانات تستخدم نقطة تفصيل بين السواء واللاسواء ويتم اختيارها بصورة قسرية قد تكون النقطة الفاصلة عند أعلى ٥٪ أو ١٠٪ أو ١٥٪ أو ٢٠٪ أو ٢٥٪، وهكذا يمكن أن يوضع الطفل فى فخ لعديد من الأسباب ، فقد يحصل على تقدير مبالغ فيه من أب متشدد، أو يمر بظروف خاصة وقت جمع البيانات، أو أن نشاطه يقع فى أعلى نقاط السواء وأقل من حدود الاضطراب، وأحيانًا ما تكون صغيرة جدًا بحيث لا تضم عددًا مناسبًا من الأطفال الذين ينطبق عليهم المحك الدال على الاضطراب، وبالتالي يفتقر للدلالة الإحصائية التي تحدد التأثير الحقيقي للاضطراب. ولذلك يجب التحفظ فى تفسير النتائج الخاصة ADHD .

(١) عينات من المدارس، من سجلات المواليد أو غيرها وليست عينات إكلينيكية.

النتائج الطبيعية لفرط النشاط ADHD :

أدلة مستمدة من عينات لأفراد من المجتمع لديهم نشاط زائد :

يمكن الاستدلال على المسار الطبيعي للاضطراب الذي لم يتم تشخيصه ولم يتم علاجه من الدراسات الطولية لعينات وبائية من المجتمع، أي أفراد تم استخراجهم من دراسات مسحية كبيرة على أفراد غير محولين للعلاج، كأن يستخرجوا من سجلات المواليد في مرحلة عمرية معينة. هذه الدراسات الطولية الوبائية صعبة ومكلفة ، وكثيراً ما يستمد تصنيف فرط النشاط من مقاييس[1](٣٤٠) تفتقر غالبًا إلى الدقة والتحديد ADHD وقد استمدت الدراسات الخمس الأساسية[2](٣٤١) من دراسة شرائح عمرية معينة وكثيراً ما تكون مستمدة من دراسات صممت لأغراض أخرى.

وقد قام (٣٥) بتحليل أحد سجلات الميلاد من إحدى المناطق الخمس وهي كريستشيرش مع مقاييس التقدير التي أجاب عنها الآباء والمعلمون في عدة نقاط على متصل النمو ولم يجد ارتباطًا دالاً بين فرط النشاط/ أو قصور الانتباه وارتكاب المخالفات في مستقبل الأيام، وكان قصور الانتباه/ فرط الحركة عاملاً خطرًا لارتباطه السابق باضطرابات السلوك التي تعتبر بحق عاملاً خطراً. لكن النتائج السلبية لفرط النشاط لم تكن بسيطة لأنها كانت تنبئ بقصور في التحصيل المدرسي. أكثر من ذلك هناك ارتباط قوي جداً بين الحالتين، وقد حلل (٢٨) سجلات المواليد في منطقة دانيدين وتوصل لنتيجة مختلفة، حيث وجد أن السلوك العدواني المبكر في سن ٥ سنوات حتى وإن تم ضبطه إحصائيًا يتنبأ بسلوك معاد للمجتمع في سن المراهقة.

وتأكدت هذه النتائج في تحليل بيانات منطقة كمبريدج التي قام (٤٧) بتحليلها لتقييم تأثير قصور الانتباه/ فرط النشاط على سلوك الجريمة فيما بعد. تمت دراسة

(1) Proxy

حين يوجد ارتباط بين مقياسين أ، ب ويستخدم أحدهما في دراسة ما، فإن النتائج التي تستمد منه يمكن أن تسند للمقياس الثاني.

(2) Dunedin, Christchurch, Isle of Wright, East London, Cambridge.

٤١١ من الذكور من أحد أحياء الطبقة العاملة في لندن وذلك في سن ٨، ١٠، ١٤، ١٦، ١٨، ٢١، ٢٥ ووجد أن قصور الانتباه وفرط النشاط ينبئ بالسلوك الإجرامي، وكان هذا مستقلاً عن مشكلات المسلك، خاصة في الإدانة في مراحل السن المبكرة وتعدد أشكال الاتهامات قبل سن ٢٥، ويشير تحليله إلى أن فرط النشاط ومشكلات السلوك كانت خافية لكنها منبآت للجناح.

قليل من الدراسات التي استطاعت أن تنبئ نتائجها عن التاريخ الطبيعي على حالات من الاضطراب وقد أعاد (١٨) تحليل الدراسة الوبائية الطولية، وانتهى إلى أن فرط النشاط إذا كان عامًا في مجالات عديدة وبتقرير أفراد متعددين فإنه ينبئ وبقوة عن الانحراف السيكولوجي بين سن ٩ ، ١٤، لكن التقسيم الأولى للحالات كان قد تمت دراسته لأنواع أخرى من الاضطراب، وهكذا فإن حالات فرط النشاط في هذا التحليل كانت مصاحبة لاضطرابات أخرى، وهكذا فإن حالات فرط النشاط كانت جانبًا من اضطرابات مصاحبة لها، وبالتالي يصبح من الممكن ألا يكون التنبؤ الذي تم رصده نتيجة لفرط النشاط مصدرًا محددًا للخطر، بل يمثل علامة لاضطراب نفسي عنيف.

أما بيانات شرق لندن فهي مستمدة من عينة من مجتمع شعبي، حيث تم المسح على مرحلتين، وتبعه قياس تفصيلي للأفراد الأعلى والأدنى في الخطر، وحقق هذا المنهج توفير تفاصيل إكلينيكية دقيقة عن الأفراد مستمدة من عينة لم تتأثر بالتحيز الخاص بالتحويل الإكلينيكي. وقد وجد أن فرط النشاط ينبئ بمشكلات سلوكية وعنف وسلوك، غير صريح، عدائي للمجتمع حتى بعد معالجة الدلائل المستمدة من عينات من المجتمع تشير إلى أن فرط النشاط يرتبط بسوء التوافق في المستقبل يتراوح ما بين ضعف التحصيل المدرسي إلى سلوكيات معادية للمجتمع والعنف ومشكلات سلوكية ظاهرة، والآن نتحول إلى النتائج المستمدة من أفراد ذوى تشخيص إكلينيكي ADHD .

•

أدلة من عينات ADHD تم تشخيصها إكلينيكيا:

تشير النتائج (باتساق شديد) من الدراسات التتبعية للعديد من عينات أطفال ADHD أنهم تلازمهم مشكلات ملحة فيما يبدونه من عدم الاستقرار وفرط النشاط والسلوك الاندفاعي وقصور الانتباه. معظم المعلومات المنشورة عن التاريخ الطبيعي للاضطراب مستمدة من ست عينات كبرى: نيويورك (١٨) ومونتريال (٦١) ويسكنسون (١٥) (٢) كاليفورنيا (٢٨) شرق لندن (٥٧) السويد (٤١).

كما تناولت الدراسات عينات إكلينيكية تمت متابعتها لمدد أقصر تضمنت إيوا هارفارد (٦) (١٣) وبيتسبيرج (٣٩) وبورتلاند (٤٧) (٣٠).. وقد كانت لعينتي شرق لندن والسويد وضعًا خاصًا حيث تم سحبهما من دراسة وبائية. أما العينات الأخرى فكانت من مرضى في عيادات إكلينيكية وبالتالي كانت عرضة للتحيز في الاختيار.

في عينة نيويورك قام (١٨) بمتابعة ١٠١ من الذكور مفرطي النشاط في المراهقة والرشد وقارن بينهم وبين مجموعة ضابطة من الأسوياء، فوجد أن الأغلبية – ٦٨ من ١٠١ – مازالوا يعانون من ADHD من بداية المراهقة ، ٢٧٪ لديهم مشكلات سلوكية و ٢٠٪ لديهم مخالفات قانونية متنوعة. كما أفادت التقارير (١٨) (٣٣) استمرار وجود فرط النشاط ، وليس فرط النشاط الأساسي الذي ظهر في الطفولة المبكرة باعتباره أفضل منبئ بالمخاطر اللاحقة لمشكلات السلوك والانحراف في المراهقة بما يفيد أن الاستمرار المزمن لأعراض فرط النشاط هو العامل الخطر المفتاحي للنواتج السيئة والمحن (١٨). وفي الرشد كانت المحكات التشخيصية لأعراض ADHD تنطبق على ٤٪ من المجموعة (٣٣) ، وكان كثير منهم يعاني من اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع ومشكلات التعاطي. إن المعدل المنخفض لاستمرار ظهور الأعراض قد يرجع إلى اختلاف العتبة الفارقة في التشخيص أو ارتفاع معدل الخوف من العقاب، ومن المعروف أن من رفضوا الاستمرار في التجربة أو من تسربوا ولم يستدل عليهم هم الأكثر معاناة من المشكلات.

في عينة مونتريال (٦١) تمت المقارنة بين ٩١ فرداً من المحولين للعيادات بتشخيص فرط النشاط بعينة ضابطة متماثلة في السن والجنس ونسبة الذكاء والطبقة الاجتماعية، في الدراسة التتبعية بعد خمس سنوات وجد الباحثون أن مستوى احترام الذات لدى المراهقين من ذوى فرط النشاط أكثر انخفاضاً، وأن لديهم مشكلات دراسية أكثر، وأن معظمهم يعاني من التشتت والاندفاعية وقصور النضج الانفعالي، على الرغم من أنهم أقل في فرط النشاط. كما وجد أن ٢٥٪ من ذوى فرط النشاط لديهم سلوك جانح. وقد ظهرت نتائج مشابهة في دراسات (١) حيث كانت نسبة ظهور السلوك الجانح والمخالف مرتفعة جداً، وكان تقدير الذات منخفضاً لدى أفراد العينة ذوى فرط الحركة بمقارنتهم بمجموعة ضابطة من الأسوياء، ومجموعة ضابطة من ذوى صعوبات التعلم، وقد وجد أن ذوى فرط النشاط يزداد معدل إلقاء القبض عليهم للتورط في مخالفات بنسبة تصل إلى خمسة أضعاف العاديين (٤٨).

في عينة مونتريال (٦١) بعد ١٠ - ١٢ سنة من المتابعة وفي سن ١٩ سنة وجد أن مستوى تعليمهم أقل ومعدل تعرضهم لحوادث السيارات أعلى، وتنقلاتهم من مكان إلى آخر أكثر بالمقارنة بمجموعة ضابطة من العاديين، كما وجد أن ذوى فرط النشاط لديهم أصدقاء أقل ، وأن عدد سنوات المدرسة لديهم أقل ونسبة الرسوب أعلى ومعدلاتهم أدنى، ومعدل مثولهم أمام المحاكم أعلى، وتعاطيهم للمواد المخدرة أو تجربتها أعلى، والسمات الشخصية المشكلة لديهم أعلى ومعظمها اندفاعي(١) وغير ناضج واعتمادي(٢)، كما كانوا أكثر اندفاعية في مقاييس الأنماط المعزفية وفي أثناء المقابلة الشخصية كانوا يؤكدون شعورهم بعدم الاستقرار، وكانت تظهر على سلوكهم علامات عدم الاستقرار. وفي الدراسة التتبعية بعد ١٥ سنة وكانت نفس العينة في سن ٢٠ وجد (٦٣) أن ٦٦٪ من ذوى فرط النشاط مازال لديهم عرض على الأقل من أعراض

(1) Impulsive type.

(2) Immature - dependent type.

فرط النشاط، و٢٣٪ منهم يعانون من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، كما كان معدل محاولات الانتحار لديهم أعلى من المعدل العام.

وتبعًا لما ورد لدى (٢٣) فإن هناك ثلاث فئات من النواتج، الفئة الأولى لديها نواتج تكاد تكون سوية، الفئة الثانية وتتكون من ذوى المشكلات في الانتباه والمشكلات الاجتماعية الانفعالية، الاندفاعية، وتستمر لديهم المشكلات في مرحلة الرشد وتظهر في مشكلات في العمل والعلاقات بالآخرين وانخفاض احترام الذات والسلوك الاندفاعي والقلق وعدم الاستقرار. ويقع معظم صغار الراشدين في هذه الفئة ، أما الفئة الثالثة فتضم أصحاب المشكلات الأكثر خطورة ومنها الاعتماد الشديد على المخدرات والكحوليات، والاكتئاب الحاد الذى يصاحبه مشكلات الانتحار، والأعراض المرضية للشخصية المعادية للمجتمع. وقد نشرت هذه النتائج منذ ٢٠ سنة وأعيدت دراستها حديثًا في دراسات أخرى.

هناك دراسة تتبعية امتدت بالتحليل لتحدد العلامات المنبئة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، فقد أجريت (١٥) دراسة مسحية استخدمت منهج التقرير الذاتي على عينة من ذوى اضطرابات الشخصية والاضطرابات السيكاترية وذلك في دراسة تتبعية على عينة من ADHD في ويسكانسن وهم في سن العشرين ، وتم فحص عدد من المنبآت والأمراض السيكاترية، ووجد أن ٢١٪ من ذوى فرط النشاط لديهم أعراض اضطراب الشخصية المضاد للمجتمع[1] ويعادل هذا خمسة أضعاف نسبة الاضطراب في المجموعات العادية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات نيويورك (٢٧٪ من مفرطي النشاط مقابل ٨٪ من العاديين) ودراسة مونتريال (٢٣٪ من مفرطي النشاط مقابل ٢,٣٪ من العاديين) والسويد (١٨٪ مقابل ٢,١٪) ، وكلها تشير إلى أن فرط النشاط في الطفولة يجعل الفرد مهيأ لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في الرشد. وقد خطت إحدى الدراسات خطوة أبعد بالنتائج حيث أشارت إلى أن هذا

(1) Antisocial personality disorder (ASPD).

، الخطر المتزايد باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يتأثر بشدة وحدة بمشكلات السلوك في الطفولة، وكذلك بمشكلات السلوك في المراهقة حتى بعد ضبط متغير شدة الأعراض ، وقد أيدت نتائجهم الرؤية الخاصة (٣٠) بأن تلازم فرط النشاط مع مشكلات المسلك لدى الأطفال يمثل خطر أكبر باعتباره مصدراً لنتائج مضادة للمجتمع في الرشد مقارنة بوجود عامل واحد دون الآخر. ومن النتائج المهمة أيضاً أن اضطراب الشخصية الهستريونيك والشخصية العدوانية السلبية[1] كان شائعاً بين أفراد العينة (١٢٪، ١٨٪) بالتوالي وهذا الاضطراب لم يكن دالاً على مشكلات السلوك في الطفولة. وكان اضطراب الشخصية البينية[2] ١٤٪ مرتبطاً باضطراب السلوك في المراهقة، وكان معدل الاكتئاب الشديد أكبر بصورة دالة لدى مفرطي النشاط مقارنة بالمجموعة الضابطة، خاصة في وجود اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو الشخصية البينية، في هذه الدراسة لم يوجد دليل على زيادة معدل التعاطي.

لم تكن نتائج الدراسات متسقة فيما يتعلق بتزايد خطر التعاطي، فقد وجد البعض زيادة في تعاطي الكحوليات والمواد المخدرة في نيويورك ١٦٪ مقابل ٣٪ في العاديين) في سن الثامنة عشر (١٨) و(١٢٪ مقابل ٤٪) في سن الرابعة والعشرين، (١٦٪ مقابل ٤٪) في سن السادسة والعشرين (٣٥)، وفي عينة السويد كان ارتفاع تعاطي الكحوليات هو السائد (٢٤٪ مقابل ٤٪) (٤٢) ، وفي عينة مونتريال كان الفرق دالا في استخدام العقاقير المخدرة في السنوات الخمس الأخيرة وكان استخدام العقاقير غير الطبية (٧٤٪ مقابل ٥٥٪) كما توجد فروق دالة في بعض الأنواع الأخرى (١٤٪ مقابل ٤٪). ولم توجد فروق في بعض الأنواع الأخرى (٦٢) في دراسة (١٥) كان معدل سوء استخدام أي نوع من العقاقير بين ذوى فرط النشاط ٤٣٪، وهو معدل مرتفع إذا قورن بالمجموعات الضابطة في دراسات أخرى، لكن لم يختلف كثيراً عن معدل العاديين في هذه الدراسة، الذي بلغ ٣١٪. ويرى الباحثون أن هذه النتيجة ترجع

(1) Passive - aggressive.

(2) Borderline.

إلى ارتفاع معدل الاستخدام في المجموعة الضابطة، وهو اتجاه دائري في انتشار استخدام العقاقير المخدرة بالولايات المتحدة ويؤدي إلى عدم زيادة النسبة في ظروف الخطر(١٥). ويبدو أن خطر استخدام العقاقير بين الأفراد مفرطي الحركة يتأثر بكل من التعرض للمواد الممنوعة ووجودها أو إتاحتها، وكلا العاملين يرتبط بالظروف الخاصة بالحياة في وقت معين ومنطقة معينة وبلد معين ، وعليه فإن شيوع استخدام المواد المخدرة نتيجة لظروف متعددة تختلف من دراسة لأخرى.

قامت (٣٩) بتقييم ما يرتبط وما يتنبأ باستخدام العقاقير في دراسة تتبعية على ١٤٢ ADHD في مرحلة المراهقة ما بين ١٣ - ١٨ سنة ومقارنتهم بمجموعة ضابطة في نفس السن (١٠٠ مراهق)، ووجدوا ارتباطًا بين فرط النشاط ومعدلات تعاطي الكحول والتدخين والمواد الممنوعة. وحددوا ثلاثة ارتباطات: أولاً، شدة أعراض قصور الانتباه في الطفولة منبأ باستخدام مواد ممنوعة متنوعة. ثانيًا، أعراض السلوك المخالف واضطرابات السلوك المضاد، منبأ باستخدام المواد الممنوعة. ثالثًا: استمرار ADHD أو المشكلات السلوكية في المراهقة يرتبط بسلوكيات التعاطي. وتشير هذه النتائج إلى أن تزايد خطر سوء استخدام العقاقير كان مرتبطًا وعاملاً وسيطًا لمشكلات السلوك المخالف (العناد) وشدة أعراض قصور الانتباه.

وقد أشار (٣١) إلى أن الوسيط الأساسي الذي يؤدي إلى سوء استخدام المواد المخدرة لدى ADHD وجود مشكلات المسلك، بمعنى آخر أنه في غياب مشكلات اضطراب المسلك لا يرتبط ADHD بتزايد خطر مشكلات استخدام العقاقير المخدرة لدى الذكور، وقد وجد (٢) أن ADHD يرتبط بسوء استخدام العقاقير مستقلاً عن (ظروف) وجود أعراض مصاحبة. في دراستهم على عينة من الراشدين المحولين من العيادات وجدوا خطرًا متزايدًا في اضطراب استخدام المواد النفسية المنشطة، واحتمالا أكبر للانتقال من سوء استخدام الكحول إلى سوء استخدام العقاقير المخدرة (نسبة الخطر ٣,٨) بالنسبة للأفراد ذوي ADHD. وأشار الباحثون إلى أن الأفراد الذين يستخدمون العقاقير لأسباب الأمراض النفسية (كأعراض ADHD وغيره من

الأمراض) كان احتمال اعتمادهم وانزلاقهم إلى التعاطي إذا ما أتيحت لهم الظروف أكبر، كما أن احتمال إقلاعهم عن التعاطي أقل وذلك بمقارنتهم بمن ينزلقون إلى التعاطي لأسباب اجتماعية أو للترويح. وفي دراسة أخرى على عينة من الراشدين ذوي ADHD وجد الباحثون معدل التعافي أبطأ واستمرار فترة السلوك المعادي للمجتمع أطول بين ذوي النشاط المفرط بالمقارنة بمن ليس لديهم فرط النشاط (٦٠)، وفي تقرير آخر (١٧) وجد أن التفاعل بين أعراض ADHD وأعراض اضطراب المسلك (CD) ينبئ[1] بالاعتماد على الماريوانا وأعراض اعتمادية شديدة أخرى. وانتهى الباحثون إلى أن الأفراد الذين تتلازم لديهم أعراض ADHD مع اضطراب المسلك في خطر أكبر للتعاطي من الأفراد الذين يعانون من أعراض اضطراب واحد إما ADHD أو اضطراب المسلك (CD).

وتشير البحوث إلى ثلاثة مسارات تؤدي إلى سوء استخدام المواد المخدرة: مشكلات المسلك، والأعراض المرضية الأساسية في ADHD، والتفاعل بين تلازم أعراض ADHD ومشكلات المسلك (CD)، وحيث إن أعراض ADHD ترتبط ارتباطاً شديداً بأعراض اضطراب المسلك وتاريخ أسرى في ADHD، ومحن نفسية واجتماعية، فإن هذه النتيجة تشير إلى أن الأفراد المعرضين لجينات ADHD قوية وبيئة مشبعة بالمشكلات هم الأكثر تعرضاً للخطر والأقل احتمالاً للصمود .

ملخص :

هناك استخلاصات كثيرة من مراجعة الدراسات الطولية نجملها فيما يلي: أولاً: أن ADHD ليس حالة حميدة، إنما مرض مزمن تصاحبه أعراض مرضية نفسية اجتماعية انفعالية. ثانياً: في معظم الحالات تستمر بعض الأعراض الشديدة أو البسيطة للمرض وتؤدي إلى مشكلات أكاديمية واجتماعية وانفعالية حادة في

(1) Conduct disorder (CD).

المراهقة والرشد حتى وإن لم توجد مشكلات إضافية حادة. ثالثًا: هناك أنماط معنية لها دلالات مرضية أكثر من غيرها، مثل استمرار الأعراض لمدة طويلة، ووجود مشكلات المسلك والعدوان، وظهور التعاطي والصعوبات الشخصية في مرحلة المراهقة وبداية الرشد. ويبدو أن تلازم أعراض ADHD مع مشكلات المسلك (CD) تمثل أقوى عوامل الخطر التي ترتبط بسوء التوافق الحاد في مستقبل الحياة. ويترتب على هذه النتائج اتخاذ التدابير التي تحد من السلبيات وتدعم الصمود من خلال: (١) التحكم في أعراض ADHD، وتخفيض مدة استمرار الأعراض. (٢) التحكم في العدوان وفي العوامل التي تؤدي إلى مشكلات المسلك بما يحسن مستوى الصمود .

منبآت الصمود والنتائج السلبية لدى ADHD :

في دراسة (٢٢) تناولت فحص عدد كبير من العوامل التي ترتبط بالصمود لدى الأطفال المعرضين للخطر (حتى لو لم يكونوا ADHD)، وربطت بين هذه العوامل وADHD في تقرير واحد. وتضمنت العوامل التي تم فحصها خصائص الطفل كالصحة والمزاج والذكاء والاستقلالية وكلها من المتغيرات النفسية. وخصائص الأسرة مثل الحالة الاجتماعية الاقتصادية والدفء العاطفي والمساندة وحجم الأسرة. وخصائص المجتمع الأكبر. وقد كشفت دراسة الأطفال المعرضين للخطر (حتى لو لم يكونوا ADHD) أن الأطفال الذين يتسمون بالصمود يتميزون بحالة صحية أفضل ، ولديهم مشكلات صحية أقل سواء في المرحلة الجينية أو مرحلة الرضاعة كما يتميزون بصفات مزاجية أفضل فهم أكثر نشاطًا وتوافقًا واستجابة اجتماعية، ولديهم استجابات أكثر إيجابية نحو من يرعونهم ونحو البيئة فهم أقدر على تحقيق الرضا، ويتميزون بأساليب معرفية يغلب عليها التأمل وليس الاندفاع وهم أكثر قدرة على التحكم في مشاعرهم. الأطفال من ذوى الذكاء الأعلى أكثر قدرة على التعامل مع المواقف الصعبة ، مثل من لديهم القدرة على مساعدة الذات وحل المشكلات وتطور اللغة ومهارات التواصل.

الأطفال الذين يتسمون بالصمود لديهم حس أقوى بالأتونومية ووجهة الضبط الداخلي وتقدير الذات الإيجابي، والأنا لديهم أكثر قوة وكذلك مهارات المواجهة، وهم يستطيعون طلب المساعدة من الآخرين وهم أكثر تفاؤلاً بصفة عامة ولديهم علاقات جيدة بالأقران ولديهم حس فكاهي. وتتضمن خصائص الأسرة الواقية إشرافًا أكثر ومكانة اجتماعية أعلى، ومناخ أسري يسوده الدفء والتماسك والمساندة، وتشجع التعبير عن المشاعر والتواصل دون قيود، والاستقلال. وترتبط الصحة العقلية والجسمية للآباء بتحقق هذا المناخ أو غيابه، ومن العوامل الإيجابية في حماية الطفل إلى جانب الأسرة المباشرة وجود أفراد العائلة الممتدة والأصدقاء والمدرسة ودور العبادة وكلها يمكن أن تعوض قصور الدعم في الأسرة وتقدم الحماية للطفل. في دراسة الحالة التي أجريت على طفل لديه ADHD كان ذكاء الطفل مرتفعًا ولديه حس فكاهي وله سحر خاص وكانت أسرته من الطبقة المتوسطة ومستقرة ومحبة وداعمة، وكان المحيطون به يثقون في قدراته وقد استطاع أن يزدهر ويواجه الحياة بكفاءة في بداية الرشد على الرغم من بعض الخلل والاضطراب في دراسته العليا وفي العمل نتيجة لاستمرار أعراض فرط النشاط والاندفاع والثرثرة وعدم الاستقرار في مكان. هذا التقرير عن دراسة الحالة على الرغم مما فيه من قصور منهجي فإنه يوحي، بإمكانية استخدام منبآت الصمود المشابهة لما ورد في التقرير عن "الأطفال في خطر" وتطبيقها على أطفال ADHD .

لا توجد أبحاث منهجية تناولت دراسة ما إذا كانت منبآت الصمود على "الأطفال في خطر" يمكن أن تنطبق على أطفال ADHD، ومع ذلك فإن الشواهد العلمية المنشورة تشير إلى أن العوامل الخاصة بالطفل والأسرة والبيئة يمكن أن تؤثر على الصمود لدى ADHD. إن العوامل الإيجابية الخاصة بالطفل تتضمن: (١) عدم وجود مشكلات في مرحلة قبل الميلاد. (٢) معدل نسبة ذكاء وأداء تحصيلي وانفعالي واجتماعي مرتفع. (٣) يتميز المزاج في مرحلة الطفولة بتحمل الإحباط وبالاستقرار الانفعالي. (٤) تراجع الأعراض استجابة للعلاج. (٥) خط الأساس في الأعراض منخفض. (٦) عدم وجود سلوك عدواني أو اضطراب مسلك، هذه الخصائص تنبئ بتوافق أفضل في مستقبل الأيام. أما العوامل الأسرية والبيئية الإيجابية فتتضمن: (١) صراعات أسرية قليلة. (٢) الحد الأدنى من تعبير الآباء عن الانفعالات السلبية. (٣) المستوى الاجتماعي

الاقتصادي أعلى. (٤) صحة نفسية جيدة لدى أفراد الأسرة، تظهر في المناخ الأسري وممارسات تربية الطفل. (٥) وجود إشراف وانضباط من الآباء. (٦) الحي السكني باعتباره عاملاً معدلاً بعيدا عن التعرض للمخدرات ورفاق السوء والأفعال الإجرامية.

وجد أن الأطفال (٦٣) من ذوى نسبة ذكاء مرتفعة ودرجات منخفضة في النشاط المفرط والتشتت كان أداؤهم المدرسي أفضل في مرحلة المراهقة، وكان المراهقون ذوو النشاط المفرط والسلوك المعادي للمجتمع سلوكهم العدواني في البداية أعلى. وقد تكررت هذه النتيجة حيث تنبأ الباحثون (٢٩) أن العدوان المبكر ينبئ بسلوك عدواني وسلوك معادي للمجتمع في المراهقة.

أجريت دراسة (٢٩) على عينة من ١٢٤ طفلاً ما بين ٢-١٢ سنة لديهم أعراض فرط نشاط وقصور في وظائف المخ بدرجة قليلة ومحولون لإحدى العيادات "بأيوا"، ثم أجريت عليهم دراسة تتبعية وهم ما بين ١٢-١٨ سنة، وتم قياس ثلاثة مجالات كبرى: (١) الأعراض التي آلت إليها حالة الأطفال. (٢) السلوك الجانح. (٣) التحصيل الدراسي. واستخدم الباحثون معادلات الانحدار المتعدد التي تقيس حجم تأثير المنبآت "مربع معامل الارتباط المتعدد" ويمكن تحويلها إلى نسبة تفسر مساهمة العامل في التباين الكلي للناتج سواء في الأعراض أو الجناح أو التحصيل.

في مجال الأعراض تمت الدراسة على ثلاثة متغيرات (١) فرط النشاط وقصور الانتباه. (٢) العدوان . (٣) التأثيرات السلبية في المتابعة. بالنسبة لدرجة فرط النشاط تبعًا لتقدير الأمهات وجد ثلاثة منبآت تفسر ٢٠٪ من الناتج: (١) المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة. (٢) خط الأساس في العدوان. (٣) وجود مشكلات في المرحلة الجنينية. من المثير للاهتمام أن خط الأساس في فرط النشاط لا ينبئ بفرط النشاط في المستقبل. أما قصور الانتباه فكان السن الذي بدأ فيه ظهور الأعراض هو المنبئ وكان حجم التأثير٥٪. وكانت الاستجابة للعلاج والضبط الوالدي منبأ ضعيفًا بالتأثير في المراهقة وكان حجم التأثير ٩٪ وبالنسبة لمجال الجناح تمت دراسة العدوان والمخالفات القانونية والتعاطي ، وكان يمكن التنبؤ بالاعتداء على الممتلكات من خلال

منطقة السكن وحجم الأسرة وخط الأساس في العدوان وكان حجم التأثير ٣٧٪، أما الاعتداء على الأشخاص فيمكن التنبؤ به من خلال الضبط الوالدي، والعلامات النيورولوجية وخط الأساس في العدوان وكان حجم التأثير ٣٦٪. أما التورط في المواد المخدرة فيمكن التنبؤ به من خلال خط الأساس في العدوان ومنطقة السكن والاستجابة السلبية للعلاج من التعاطي وكان حجم التأثير ٤٠٪. أما بالنسبة لمجال التحصيل الدراسي فتضمن القراءة والحساب والهجاء، وكان يمكن التنبؤ بالقراءة من المعدلات السابقة للقراءة والاستجابة للعلاج من المواد المخدرة وكان حجم التأثير ٦٢٪، أما الحساب فكان يمكن التنبؤ به من خلال القدرات الأكاديمية السابقة والاستجابة للعلاج وحجم الأسرة وعدوانية الأم والقدرة القرائية والمشكلات في مرحلة قبل الميلاد، وكان حجم التأثير ٦٩٪، أما الهجاء فكان يمكن التنبؤ به من خلال القدرات الأكاديمية السابقة والضبط الوالدي (الأم) وفرط الحركة وحجم الأسرة وكان حجم التأثير ٧٩٪.

ويمكن إعادة صياغة النتائج لتشير إلى أن الاستجابة للعلاج (تراجع الأعراض) يقوي الصمود حيث يخفض من خطر الانزلاق للتعاطي كما يحسن التحصيل الأكاديمي. كما أن الضبط الوالدي يدعم الصمود من خلال رفع التحصيل الأكاديمي والحد من التأثير السلبي، لكن المشكلات في مرحلة ما قبل الميلاد تنبئ بالعدوان واستمرار فرط النشاط وانخفاض مهارات الحساب. كما أن الإقامة في مناطق سكنية فقيرة ترفع من خطر التورط في التعاطي والمخالفات والاعتداءات ضد الممتلكات، أما كبر حجم الأسرة فإنه يرفع من معدل الاعتداء على الممتلكات ويخفض من مستوى التحصيل المدرسي في المستقبل. فإن غياب مشكلات المسلك والعدوان في خط الأساس يحسن من النتائج، ومن نفس المنطلق فإن عدم وجود عوامل سلبية في مستقبل الأيام كتلك التي ذكرت قد يؤدي لنمو الصمود.

هناك دراسة أخرى أجريت على ١٢٣ طفلاً من ADHD وتناولت العوامل المنبئة(١٥)، فمن الجانب الإيجابي وجد أن الكفاءة العقلية والأكاديمية كانت منبأ

بالمهارات الأكاديمية في المراهقة، وأن الكفاءة الشخصية للآباء تنبئ بالكفاءة الاجتماعية في المراهقة. أما على الجانب السلبي فقد وجد أن التوتر الأسري ينبئ بمشكلات المسلك وأن الآثار المزدوجة للاتجاهات المضادة للمجتمع والاندفاعية وفرط النشاط في الطفولة تنبئ بالسلوك المخالف الهدام، وأن السلوك الهدام وليس فرط النشاط هو الذي ينبئ بالوقوع تحت طائلة القانون، وبصورة عامة توحي الدراسة أنه لا يوجد منبئ واحد يظهر في كل المجالات.

في دراسة مونتريال التتبعية في سن من ١٠-١٢ (٦٢) طلب من الأفراد ذوي فرط النشاط وهم في سن ٢٠ سنة أن يذكروا أكثر العوامل التي ساعدتهم في مرحلة الطفولة ، وكانت أكثر الاستجابات شيوعًا وجود علاقة إيجابية براشد له مكانة مهمة في حياة الطفل، قد يكون أحد الآباء وفي الأغلب تكون الأم التي تثق في نجاح الطفل ، أو المعلم الذي يحول الفشل إلى نجاح ، والاستجابة الشائعة الأخرى اكتشاف الطفل أن لديه موهبة ما، وحين سئلت نفس المجموعة عن العوامل التي كانت تزيد الموقف سوءًا، كانت أكثر الاستجابات شيوعًا تتركز في الصراعات الأسرية وخاصة التي تنشأ بسبب فرط النشاط، وكذلك شعور الطفل بأنه مختلف (أقل من الآخرين) وأنه دائمًا موضوع للنقد، وكانت نسبة ذوي النشاط المفرط الذين يرون أن طفولتهم لم تكن سعيدة أكبر من نسبة العاديين ولم يذكر الباحثون ما إذا كانت هذه العوامل ترتبط بما آل إليه حال الأطفال.

وفي دراسة تالية لنفس الجماعة البحثية (٦٤) تمت فيها دراسة العديد من العوامل التي ترتبط بالطفولة وتتنبأ بالنواتج في الرشد. وتتضمن مقاييس النواتج: (١) التوافق الانفعالي. (٢) الأداء الأكاديمي. (٣) التورط مع الشرطة. (٤) حوادث السيارات. (٥) سوء استخدام العقاقير والكحوليات. وحدد الباحثون خط الأساس للخصائص الشخصية مثل الذكاء والعدوانية والاستقرار الانفعالي وقصور تحمل الإحباط. وكما حددوا الخصائص الأساسية في الأسرة مثل المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، وممارسات تنشأة الأطفال ، والمناخ الانفعالي في الأسرة ، والصحة النفسية للوالدين ، وكلها منبآت مهمة للنواتج الناجحة في الرشد.

وبالنسبة للمقاييس الأسرية تمت دراسة الانفعالات الوالدية السلبية التي تؤثر في تنمية السلوكيات المضادة للمجتمع للأطفال ذوى فرط النشاط (٤٤)، ويتضمن التعبير الانفعالي السلبي النقد وعدم المساندة والعزو السلبي والرفض والاتجاهات العدائية نحو الطفل. وتم تسجيل المؤشرات السلبية مستقلة عن الدفء الانفعالي ، وكانت المبالغة في الاندماج[1] (التعلق) الانفعالي مكون في التعبير الانفعالي في "مقابلة الأسرة لكامبرويل للراشدين[2]"، وحيث إن الاعتمادية في الأطفال أمر يناسب مرحلة الطفولة[3]، فإن مفهوم المبالغة في الاندماج الانفعالي يفقد مصداقيته ويدعو للتحفظ، لذلك فإنه يستبعد من دراسات مرحلة الطفولة التي تناولت التعبير الانفعالي.

هناك دراسة طولية (٤٤) تتبعية تناولت أفرادًا ذوى فرط النشاط من عينة وبائية من المجتمع (ليست إكلينيكية) وذلك لدراسة أثر التعبير الانفعالي على السلوك الهدام. الأطفال من ذوى فرط الحركة الذين تعرضوا لمستوى عالٍ من التعبير الانفعالي السلبي من الوالدين ظهر لديهم سلوك هدام حيال المجتمع في الدراسة التتبعية أكبر مما ظهر لدى مجموعة مشابهة في الأعراض ولم تتعرض للتعبير الانفعالي السلبي بنفس القدر. وكما كشفت نفس الدراسة عن أن التأثير المرضي للعلاقة السلبية بين الطفل والوالدين يمتد ليشمل الأطفال العاديين وإن كان التأثير أقل قوة، حيث ظهر السلوك الهدام المعادي للمجتمع لدى الأطفال العاديين المعرضين للتعبير الانفعالي السلبي، لكن المعدل العام لشيوع الانحراف كان أقل من معدله لدى الأطفال ذوى النشاط المفرط، وتشير هذه النتائج إلى علاقة سببية بين التعبير الانفعالي السلبي والسلوك الهدام المضاد للمجتمع.

والخلاصة أن الدراسات التي أجريت على المنبآت بما ينتهي إليه الأفراد ذوو فرط النشاط، تشير إلى أن العوامل الخاصة بالطفل والأسرة والمجتمع يمكن أن تؤثر

---

(1) Emotional over involvement (EOI)

(2) Camber well Family Inter view.

(3) Age appropriate.

جميعًا في الصمود وسوء التوافق في مستقبل الأيام. والآن سوف نتناول الصمود والمسارات النمائية.

الصمود والمسارات النمائية:

تأثيرات ومنبآت استمرار الأعراض وتراجعها وتحول الأداء للسواء لدى من استمرت لديهم الأعراض خلال مراحل الحياة.

في دراسة (٤) أجريت على عينة إكلينيكية من ADHD للكشف عن معدل استمرار الأعراض أو تراجعها مع مرور الزمن، وتحديد المنبآت المرتبطة بالاستمرار والتراجع مع تقدم العمر لدى ADHD، تكونت العينة من الأطفال البيض من سن ٦-١٧ بمعدل نسبة ذكاء أعلى من ٨٠، يعيشون في أسر نووية مترابطة. في عمر ٤ سنوات كان معدل استمرار الأعراض ٨٥٪، ١٥٪ فقط تراجعت لديهم الأعراض. ويرجع ارتفاع معدل الاستمرار للتعريف الواسع الذي وضعه الباحثون (كما سوف يتضح فيما بعد) وبالنسبة ١٥٪ التي تراجعت لديهم الأعراض، حدث التراجع في الطفولة بالنسبة لبعضهم وفي المراهقة بالنسبة للبعض الآخر، وتضمنت منبآت استمرار الأعراض تاريخ الأسرة وشدة أعراض ADHD، والمشكلات الاجتماعية الاقتصادية وتآني أعراض ADHD مع اضطراب المسلك، والحالة المزاجية والقلق. إن وجود ADHD في تاريخ الأسرة كان له تأثير على استمرار الأعراض وظهر ذلك في النسب الآتية: ٤٥٪ ممن استمرت الأعراض لديهم تاريخ أسري في ADHD، مقابل ٢٣٪ ممن تراجعت الأعراض لديهم في وقت متأخر، مقابل ١٠٪ ممن تراجعت لديهم الأعراض في وقت مبكر، واختلف التاريخ الأسري لدى من استمرت لديهم أعراض ADHD (٣٤٪ مقابل ١١٪ مقابل ١٠٪) وهذا يشير إلى تأثير أقوى للجانب الوراثي والتأثير الأسري في استمرار الأعراض. وبالنسبة للصعوبات أو المحن النفسية الاجتماعية كان الأطفال الذين استمرت الأعراض لديهم أكثر تعرضًا للنزاعات الأسرية، كما اختلفت الخصائص الشخصية للأطفال الذين استمرت لديهم الأعراض، فكان قصور الانتباه وفرط الحركة

والخلل الوظيفي لديهم أشد سواء في خط الأساس أو المتابعة ، كما كان من استمرت لديهم الأعراض أكثر تورطًا في السلوكيات المخالفة والمنحرفة والاكتئاب والقلق. كما كان معدل ذكاء المجموعة التي استمرت لديها الأعراض أقل من معدل ذكاء المجموعة التي تراجعت لديها الأعراض وإن كان الفرق غير ذي دلالة (١٠٩ مقابل ١١٠,٨ مقابل ١١١,٧). أما درجات التقدير الوظيفي العام[1] فكانت دون درجات من تراجعت لديهم الأعراض وكان الفرق دالاً (٤٧ مقابل ٥٣ مقابل ٥٣) وذلك في خط الأساس، أما في الدراسة التتبعية فكان (٥٢ مقابل ٦٠ مقابل ٦٤) وهو دال أيضاً. بشكل عام فإن من استمرت الأعراض لديهم أكثر تعرضاً للصراعات الأسرية ، وتنتشر في أسرهمADHD وكانوا أكثر تأثرًا واختلالاً نتيجة لأعراض ADHD سواء في خط الأساس، أو المتابعة. وبعبارة أخرى فإن الصمود ويعني الأداء الأفضل وتجنب الخلل في النتائج، كان يرتبط بحياة أفضل وكانت المنبآت تتمثل في مستوى أقل من الأعراض وتوافق أفضل وعدم وجود تاريخ مرضي ولا نزاعات في الأسرة في خط الأساس.

في دراسة حديثة غير منشورة عن العلاقة بين تقدير الآباء والمعلمين وجد أن فرط النشاط ليس له تأثير قوي أو دائم على مشكلات المسلك ، وتأثيره متوسط للاستجابة للجرعة الدوائية، وتأثيره قوي على اضطراب المسلك إذا اجتمعا. تدعم هذه النتائج ما يراه البعض من أن استمرار وإزمان فرط النشاط وليس مجرد وجوده في الطفولة المبكرة هو الذي يؤدي إلى مشكلات المسلك بما تحمله وتؤدي إليه من تعقيدات. وتشير نفس الدراسة إلى أن تراجع مسارات فرط النشاط يعتبر عاملاً واقيًا من مشكلات المسلك في سن ١٦ سنة. إن التعرض العابر لفرط النشاط يرتبط بمعدل خطر أقل للتورط في مشكلات المسلك في سن ١٦ سنة كما تبين في الدراسات الطولية ، وهذا يعني أن فرط النشاط إذا كان لمدة قصيرة وإذا توقفت أعراضه فإنه يرتبط بمشكلات مسلك محدودة وما يترتب عليها من نتائج تكون عابرة وبسيطة.

(1) Global assessment functioning JAF.

هناك تحول فيما يتعلق بتحديد أو تعريف استمرار فرط الحركة (٦)، يرتبط بتغيير نمط الأعراض والخلل في الوظائف تبعًا للسن. إن أعراض صعوبات الانتباه تتراجع بنسبة أقل من أعراض الاندفاع وفرط الحركة، ويبدو أن نسبة الأفراد الذين تتراجع لديهم الأعراض تختلف تبعًا للتعريف المستخدم، فتصبح في حدها الأعلى إذا كان التعريف على أساس متلازمة الأعراض، وتكون في حدها الأدنى إذا كان التعريف على أساس تراجع الوظائف كل على حدة. وقد دعم هذه النتائج دراسة طولية تتبعية على ١٠٦ من الصبية تم تشخيصهم ADHD على أساس الدليل التشخيصي الثالث[1] (٢٠). فقد تراجعت أعراض فرط النشاط والاندفاع مع تقدم السن، ولم تتراجع أعراض قصور الانتباه، فقد تراجع قصور الانتباه في أول قياس فقط ثم ثبت لدى جميع الصبية. ولم تكن هناك علاقة بين تراجع الاندفاع وفرط النشاط وبين نوعية العلاج المقدم ومدته، كما وجد أن أفراد العينة الذين تنطبق عليهم محكات ADHD في الدراسة التتبعية كانوا أكثر في فرط النشاط والاندفاع وأكثر ميلاً لمشكلات المسلك في خط الأساس، مقارنة بأفراد العينة الذين لا تنطبق عليهم المحكات في الدراسة التتبعية. وتشير الدراسة إلى تنوع في نمط ADHD في مرحلة الطفولة فهناك نمط قابل للتراجع، وهناك نمط أكثر استمرارًا أوإزمانا.

إلى هنا نكون قد ناقشنا العلاقة بين استمرار أعراض ADHD وسوء التوافق من جانب، وتراجع الأعراض والصمود من جانب آخر. لننتقل إلى التساؤل المهم حول منبآت الصمود على الرغم من استمرار الأعراض، بمعنى آخر هل يمكن أن يوجد الصمود على الرغم من استمرار ADHD؟ وإذا حدث هذا فما تلك المنبآت؟ في دراسة تتبعية على عينة إكلينكية مكونة من ٨٥ صبيا ذوى أعراض ADHD مستمرة على أساس محكات الدليل التشخيصي الثالث (٥)، وكانت الدراسة تميز بين استمرار متلازمة الأعراض ونتائج الأداء أي كل وظيفة على حدة لدى الشباب ذوى ADHD من أفراد العينة في مرحلة المراهقة المتوسطة، وتمت المقارنة بينهم وبين ٦٨ صبيا من العاديين،

(1) DSM - 111- R.

كان هناك ثلاثة مجالات للمقارنة عند خط الأساس والمتابعة: المدرسة، الجانب الاجتماعي ، الجانب الانفعالي. وقد قسمت العينة التي استمرت الأعراض لديها إلى ثلاث مجموعات: ٢٠٪ كان أداؤهم ضعيفًا في كل المجالات، ٢٠٪ كان أداؤهم جيداً، ٦٠٪ كان أداؤهم متوسطًا. وقد وجدوا أن الاندفاع خفض من احتمال تعديل الوظائف في اتجاه السواء، وهذا يعني أن الأفراد ذوي الأعراض المستمرة ومستوى عال في الاندفاعية كان معدل اختلال الوظائف لديهم أعلى، وبالمثل في حالة تلازم أكثر من اضطراب وفي حالة إصابة الأم بمرض نفسي، وفي وجود عدد كبير من الأخوة، وكلها متغيرات تنبئ بسوء التوافق. وكذلك فإن صعوبات التعلم كانت تحول دون الأداء المدرسي السوي. وكان العكس صحيحًا بمعنى أن غياب عوامل الخطر المذكورة كان يرتبط بتحسن في الأداء على الرغم من استمرار ADHD، إلى جانب أن تحسن الأداء في مجال ما كانت تعظم احتمال التحسن في مجالات أخرى، كما أن كفاءة الأداء عند خط الأساس كانت منبأ بالتحول للسواء في المتابعة، وكانت جودة الوظائف الانفعالية عند خط الأساس منبأ بالتحول للسواء في الوظائف الانفعالية والأداء المدرسي، كما أن جودة الوظائف الاجتماعية عند خط الأساس كانت منبأ بتحول الوظائف الانفعالية للسواء في دراسة المتابعة، وكانت جودة الأداء المدرسي عند خط الأساس منبأ بتحول الأداء إلى السواء في دراسة المتابعة. باختصار، إن الأداء الجيد عند خط الأساس وعدم وجود منبآت سلبية كان يدعم الصمود على الرغم من استمرار ADHD، وهذا يشير إلى أن التحول للسواء في حالة الاستمرار في اضطراب الأداء أو استمرار متلازمة أعراض ADHD قد يكون مستقلاً كل منهما عن الآخر جزئيًا.

التأثير الجيني: دور التفاعل بين الجينات والبيئة :-

لا توجد شواهد منشورة علميًا في مجال تأثير التفاعل بين الجينات والبيئة على نمو الصمود ، لذا نرى أن هذا المجال مجال جديد له أهميته في بحوث ADHD، هناك دراستان على عينات ليست لديها ADHD عن تأثير العوامل الجينية على الصمود بعد التعرض لسوء المعاملة والضغوط في مرحلة الطفولة.

في دراسة (١٠) للتحقق من دور أو مساهمة الجينات في تفسير لماذا يصبح الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة من ذوى السلوك المضاد للمجتمع، على حين لا يظهر هذا السلوك لدى البعض الآخر، وجد أن تعدد الشكل الوظيفي في الجين الذي يحول أنزيم حامض المونو أمينو[1] الناقل العصبي يعدل من آثار سوء المعاملة، فالأطفال ذوو المعدلات المنخفضة من حامض المونو أمينو تزداد خطورة ظهور السلوك المعادي للمجتمع لديهم. وتشير نتائجهم إلى أن ارتفاع معدل حامض المونو أمينو تقل لديهم وقد يدعم الصمود بعد التعرض لسوء المعاملة في الطفولة، كما قدموا بعض الشواهد على أن البنية الجينية قد تعدل من حساسية الأطفال لمنغصات البيئة. وتشير النتائج إلى أن المعدل المرتفع من الأنزيم قد يساعد على نمو الصمود بعد التعرض لسوء المعاملة في الطفولة.

وفي دراسة أخرى لنفس الفريق (١٠) للإجابة عن التساؤل: لماذا تؤدي الخبرات الضاغطة إلى الاكتئاب لدى البعض وليس لدى البعض الآخر؟ واستخدموا المنهج الطولي على عينة من شريحة عمرية لاختبار الآثار المعدلة لتعدد أشكال الجين[2] (5- HTT) وهو خاص بالسيروتونين، هناك نوعان شائعان من هذا الجين: النوع الطويل والنوع القصير، وقد وجدوا أن الأفراد الذين يتميز بناؤهم بالجين القصير يميلون للأعراض الاكتئابية ، والميل للانتحار عقب التعرض لأحداث حياتية ضاغطة مقارنة بمن يتميزون بالجين الطويل ، وهذه الدراسة تقدم دليلاً أخر على أن استجابة الفرد وما لديه من الصمود في مواجهته لمنغصات البيئة يمكن أن تتعدل بواسطة البناء الجيني.

هناك ما يشير إلى أن اجتماع ADHD مع اضطراب المسلك CD[3] يشكل اضطرابًا له تفسير أو له أسباب تختلف عن اضطراب ADHD منفصلاً، وهذا ما يوصي به تحليل

---

(1) Monoamine oxidase A (MAOA)..

(2) Serotonin trans porter.

(3) Conduct disorder. اضطراب المسلك

التاريخ الأسري (١٣) (٥٨) وأن ADHD لدى الراشدين تشكل حالة أكثر تجانسًا ذات تاريخ أسري تتوفر فيه عوامل الخطر أكثر من ADHD لدى الأطفال (٣) ، وتتضمن صورة ADHD في الطفولة بعض الأنماط الفرعية الدائمة وغير الدائمة ويمكن أن تعدلها بعض التأثيرات الجينية والبيئية المختلفة، وهناك مرحلة انتقالية ADHD ترتبط بمآل أفضل ، على عكس ADHD المستمرة وحالات الجمع بين ADHD و CD فكلاهما يرتبط بدرجة أكبر من سوء التوافق. إذا ثبت أن العوامل الجينية ترتبط بالأنماط الفرعية المتنوعة لخصائص الفرد، فإن البناء الجيني سوف يؤثر في الصمود والاستهداف للخطر في وجود ADHD، ونتوقع أن أبحاث الجينات والتفاعل بين البيئة والجينات سوف تقدم للعلم في المستقبل القريب تفسيرات للتداخل بين الجينات والبيئة، الذي يؤثر في الصمود.

الصمود والعلاج ودروس من علاج الانتباه المتعدد الوسائط:[١]

سوف نناقش فيما يلي تأثير العلاج والعقاقير الطبية على أساس تخفيض الأعراض وتحول السلوك إلى السواء، وسوف نلخص بعض النتائج المفتاحية المرتبطة بهذه القضية(٢٦) المستمدة من علاج الانتباه وفرط الحركة المتعدد الوسائط، ويمكن للقارئ الاطلاع على الورقة العلمية التي تناولت هذه القضية والورقة العلمية التي تناولت تأثير تلازم أكثر من اضطراب على العلاج المتعدد الوسائط (٢٦).

هناك ما يزيد عن ٢٠٠ بحث منشور عن فاعلية وكفاءة العلاج التنبيهي[٢] في قصور الانتباه وفرط الحركة، كما أن هناك دراسات أخرى عن أثر المنبهات على الأعراض الاندفاعية والعدوانية ومشكلات المسلك وكذلك على الوظائف التنفيذية وتأثير ذلك على التعبير الانفعالي السلبي من قبل الوالدين.

(1) Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA).

(2) Stimulant therapy.

وقد وجد في الأبحاث المعملية التي أجريت في بيئة طبيعية أن المنبهات لها فاعلية في تخفيض العدوانية والاندفاعية. وقد ارتبط تخفيض الأعراض العدوانية والاندفاعية بتحسن في الوظائف الاجتماعية، بعبارة أخرى إن تأثير المنبهات لا يقتصر على الانتباه فحسب إنما تؤثر على العمليات الانفعالية والاجتماعية وقد تصحح السلوك الهدام والعدواني الذي يؤدي إلى جعل الأطفال ذوى النشاط المفرط غير محبوبين من زملائهم. وقد أشارت بعض البحوث إلى تحسن بعض أعراض المسلك استجابة للعلاج التنبيهي وذلك لدى الأطفال ذوى اضطراب المسلك وليس لدى الأطفال ذوى فرط الحركة، وهذا يشير إلى كفاءة العلاج التنبيهي في التأثير على الأعراض التي لا تتضمن فرط الحركة (٢٧).

لقد ظهر التأثير الإيجابي للعلاج بالمنبهات على الوظائف الاجتماعية داخل الأسرة. في دراسة تناولت أسلوب العلاج حيث لا يعرف فيه المجرب ولا أفراد العينة أهداف التجربة (٤٩)(١)، ظهر أن العلاقات والوظائف الأسرية تحسنت لدى الأطفال الذين استجابوا للعلاج بالميثيفنيدات(*). وهو عقار تنبيهي، وكان هناك تراجع في المشاجرات بين الأخوة وتراجع في التعبير السلبي الانفعالي، وكانت الاستجابة للعلاج تعني انخفاض أعراض فرط الحركة بنسبة ٥٠٪ أو أكثر أثناء العلاج بالمنبهات ، كما تم تقدير دفء العلاقة بالأم والنقد والتواصل مع الوالدين، ومواجهة الوالدين للمواقف، والتفاعل الإيجابي والسلبي بين الأخوة بواسطة مقدرين بعد إخفاء تفاصيل العلاج والاستجابة له. وقد وجد ارتباطًا دالاً بين العلاج بالميثيفنيدات والتعبير عن دفء العلاقة بالأم، والنقد الأقل، والتواصل الأعمق بين الأم والطفل والخلافات الأقل بين الأخوة.

إذا كان العلاج يمكنه أن يؤدي إلى ضبط الأعراض بما يؤدي إلى تحسن الوظائف المعرفية والاجتماعية والعلاقة بالآخر فيجب إذن تحديد أكثر العلاجات فاعلية، وقد قارنت دراسات العلاج المتعدد الوسائط بين تأثير الوسائط المختلفة.

---

(1) Double - blinded.

(*) Methylphenidate.

أعراض ADHD :

تم توزيع أفراد العينة في العلاج المتعدد الوسائط (MTA) إلى أربع مجموعات: رعاية مجتمعية ، علاج سلوكي مركز، علاج بالعقاقير (طبي)، الجمع بين العلاج الطبي والسلوكي ، وتشير النتائج إلى أن أفضل العلاجات كان العلاج الطبي والجمع بين العلاج الطبي والسلوكي مقارنة بالعلاج المجتمعي والعلاج السلوكي، وكان حجم التأثير ما بين ٠,٥٠ ، ٠,٦٠ حيث ٩٠٪ من الأطفال الذين تلقوا العلاج الذي جمع بين السلوكي والطبي و٨٨٪ من الأطفال الذين تلقوا العلاج الطبي لم تنطبق عليهم محكات ADHD عند نهاية الدراسة ، وفي تحليل تال للنتائج تبين تفوق العلاج الذي يجمع بين السلوكي والطبي على العلاج الطبي.

كان الفرق بين العلاج الطبي والمجتمعي غير متوقع ، ثلثي الأفراد في عينة العلاج المجتمعي تلقوا علاجاً طبياً ، لكن كانت هناك فروق مهمة بين الممارسة المجتمعية وبروتوكولات الدراسة في العلاج الطبي ، كان يقدم لمجموعة العلاج الطبي تعديل في مقدار الجرعة حتى تصل إلى أفضل مقدار على مدى ٢٨ يومًا، ثم يتم تعديل الجرعة أو تغيير العلاج ، وكان الأطباء على اتصال بالمعلمين قبل مراجعة الأطفال في بداية كل شهر، وكان تعديل الجرعة أمرًا واردًا ، ولم يستمر في تعاطي الجرعة الأصلية إلا ٣٠٪ من العينة على المدى الزمني للتجربة الذي استغرق ١٤ شهراً، وهذا يعني أن ٧٠٪ من الأطفال يحتاج إشرافًا مباشراً ومتصلاً وتعديلاً في الجرعة حتى تحقق النتائج الأمثل ، ومن المثير للاهتمام أن تعديل الجرعة كان في اتجاه زيادتها، خاصة بالنسبة لأولئك الذين بدأوا بجرعة صغيرة. كان أفراد العينة التي تلقت العلاج الطبي يتلقون العلاج ثلاث مرات يوميًا، وكان متوسط الجرعة ٣٢,٨مل، وكان عدد الزيارات للطبيب ١٢ زيارة ، على عكس مجموعة عينة الرعاية المجتمعية الذين يتلقون العلاج مرتين في اليوم وكانت الجرعة ١٨,٧مل ومتوسط عدد الزيارات للطبيب ٢.٣ في السنة، ويبدو أن الجرعة الأساسية التي يتبعها إشراف دقيق لتعديلها بما يحقق استجابة المريض وتجنب الأعراض الجانبية يحسن فاعلية العقاقير المنبهة.

أعراض لا تتضمن ADHD :

تناولت الدراسة نواتج مقاييس لا تتضمن ADHD وتتضمن هذه المقاييس العلاقة بين الآباء والأبناء، وتقديرات المعلمين للمهارات الاجتماعية، وأعراض القلق والاكتئاب وأعراض الخُلفة والاستهتار، والتحصيل والأداء المدرسي، ووجدت الدراسة تحيزًا للعلاج الذي جمع بين العلاج الطبي والسلوكي على العلاج السلوكي منفردًا وذلك في المجالات الآتية: (١) الأداء الأكاديمي. (٢) درجات القراءة. (٣) الضبط الداخلي. (٤) أعراض الخلفة والاستهتار، كما كان العلاج الذي يجمع بين العلاج الطبي والسلوكي أفضل من العلاج المجتمعي في تحسين العلاقة بين الأبناء والآباء، إلى جانب المقاييس الأربعة السابق ذكرها، وكان العلاج الطبي يقع بين العلاج الذي يجمع بين الطبي والسلوكي من ناحية والمجتمعي من ناحية أخرى ولم يكن الفرق بينه وبينهما دالاً. ولا نستطيع اعتبار الفروق غير الدالة مساوية لعدم وجود فروق. حيث إن العلاج المتعدد الوسائط مصمم على اعتبار أن ٨٠٪ هي مستوى الفروق التي يمكن أن يكشف عنها، وعليه فأي فروق أقل من ٨٠٪ لا يمكن رصدها.

العوامل المعدلة[١] :

العوامل المعدلة هي العوامل التي يغير وجودها الاستجابة للعلاج، العوامل المعدلة كما يعرفها العلاج المتعدد الوسائط هي: (١) وجود أكثر من اضطراب إلى جانب القلق ويتخذ تآني الاضطرابات أنماطًا مختلفة. (٢) المستوى الاجتماعي الاقتصادي ومستوى التعليم لدى الآباء. (٣) حالة تآني الأعراض[٢]. كانت هذه العوامل موجودة قبل التقسيم العشوائي للعينة الكلية، وهكذا حافظت الدراسة على تأثير العوامل المعدلة

(1) Moderators.

(2) Comorbidity.

على النتائج من خلال العشوائية. ولابد لنا هنا أن نميز بين العوامل المعدلة والعمليات[1] الوسيطة وهي عوامل تحدث بعد عملية التوزيع العشوائي مثل الحضور للعيادة ، والالتزام بالتعليمات، وعلاقة التحالف العلاجي مع المعالج، وهذه العوامل لا تدخل تحت عمليات العشوائية.

الأطفال الذين تصاحب الأعراض لديهم اضطرابات القلق أكثر استجابة للعلاج السلوكي ، أي أن العلاج السلوكي يكون أكثر فاعلية عما يبدو في التحليل المبدأي أولاً: أنه يختلف عن العلاج المجتمعي ويقترب من العلاج الطبي. ثانيًا: العلاج الذي يجمع بين الطبي والسلوكي كان أيضًا أكثر فاعلية وهو يبتعد عن الطبي. الفروق بين تأثيرات العلاج كانت أوضح ما تكون في المقاييس الآتية: (١) تقرير الآباء عن فرط النشاط وقصور الانتباه. (٢) العلاقة بين الآباء والأبناء. (٣) تقديرات المعلمين للمهارات الاجتماعية. قد يكون الأطفال ذوو أعراض القلق أكثر حساسية من الناحية البيولوجية وبالتالي أكثر استجابة للتشريط ، ٣٣٪ من أفراد العينة انطبقت عليهم محكات اضطراب القلق تبعًا للدليل التشخيصي الثالث باستبعاد المخاوف البسيطة. التأثير المعدل للقلق يكون في جانب العلاج النفسي الاجتماعي لهذه الفئة، ويحدد هذا التأثير الإيجابي في المقاييس الخاصة بتقدير الآباء للسلوكيات الهدامة للأطفال والأعراض الداخلية وقصور الانتباه (٣٦).

يمكن أن نقسم المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة إلى مقياسين مستقلين: مستوى التعليم، المهنة، وكانت النتائج تشير إلى تفوق العلاج الطبي السلوكي عن السلوكي المجتمعي وذلك للتأثير المعدل للمستوى الاجتماعي الاقتصادي للسلوك الهدام وقصور الانتباه وأعراض فرط الحركة. بالنسبة للأسر ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض كان الجمع بين العلاج الطبي والسلوكي أكثر فاعلية بالمقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى (الطبي السلوكي أفضل من الطبي وأفضل من السلوكي

(1) Oppositional Defiant Disorder.

وأفضل من المجتمعي). بالنسبة للمخالفة والعناد لا يوجد ميزة إضافية للعلاج الذي يجمع بين الطبي والسلوكي بالنسبة لأعراض المخالفة والعناد لدى الأطفال من أسر ذات مستوى مهني مرتفع. بالنسبة للأسر ذات المستوى التعليمي المرتفع كان العلاج الذي يجمع بين الطبي والسلوكي أكثر فاعلية من العلاج الطبي وذلك بالنسبة لأعراض فرط الحركة وقصور الانتباه. أولاً: يمكن تفسير هذه النتائج بأن أعراض اضطراب المعارضة والمخالفة ODD[1] في الأطفال من ذوى المستويات العليا كان دور العامل البيولوجي فيها أقوى ، في حين أن نفس الأعراض لدى الأطفال من ذوى المستويات الأقل كانت ترجع لممارسات والدية سيئة ، وهكذا فإن تصحيح المهارات الوالدية في الأسر ذات المستوى الأدنى يكون له تأثير أقوى بالمقارنة بما يحدث في الأسر من المستوى الاقتصادي الاجتماعي الأعلى. ثانيًا: إن أعراض ADHD الأساسية قد تكون أكثر مقاومة للعلاج السلوكي وتتطلب آباء ذوى مستويات تعليم أعلى ليطبقوا البرنامج بكفاءة. عند التوصية بأسلوب علاجي لابد للمعالج من تحديد الأعراض المستهدفة والخصائص الأسرية وعلى ضوء ذلك يقرر خطة التدخل الأفضل(٤٣).

أخيرًا إن وجود أكثر من حالة مرضية تأني الأعراض يعدل الاستجابة للعلاج. تبين (٢٥) أن وجود أعراض القلق مع ADHD بصرف النظر عن وجود اضطراب المسلك CD[2] رفعت احتمال الاستجابة للعلاج السلوكي ، فحالة القلق تضيف بعض الفوائد لأطفال ADHD بصرف النظر عن وجود أعراض اضطراب المسلك كالخلفة والاستهتار، فوجود القلق له تأثير في تحسين ODD/CD مثال: (ADHD + ANX + ODD/CD مقابل ADHD + ODD/CD)[3]. قاعدة بسيطة في التنبؤ بالاستجابة للعلاج كان يمكن للأطفال ذوى القلق + ADHD أن يستجيبوا لأي من الأساليب العلاجية الثلاثة: العلاج السلوكي منفردًا، العلاج الطبي منفردًا، الجمع بين الطبي والسلوكي، بعبارة

(1) Oppositional Defiant Disorder.

(2) Conduct disorder.

(3) Anxiety.

أخرى فإن كل أساليب التدخل يمكن أن تكون ذات فاعلية بالنسبة لهم. على النقيض من ذلك فإن الأطفال ذوى أعراض ADHD فقط أو ADHD بالإضافة إلىODD/ CD لا يستجيبون إلا للتدخل الطبي. بالنسبة لهاتين المجموعتين يبدو أن التدخل الطبي يوصى به، يمكن أن يرتبط بنتائج إيجابية ، على حين أن التدخل السلوكي لا يوصى به ولا يرتبط بنتائج إيجابية ، بالنسبة لمجموعة الأطفال التي يجتمع لديها أكثر من اضطراب ADHD و ANX و ODD/CD يكون الجمع بين أساليب علاجية متنوعة له ميزات أساسية تفوق أي علاج منفرد.

الخلاصة إن دراسة العلاج المتعدد الوسائط توصلت إلى أن العلاج الطبي المتقدم منفرداً أكثر فاعلية من العلاج الطبي التقليدي والعلاج السلوكي التقليدي مجتمعين. الفائدة الإضافية للجمع بين أساليب علاجية متنوعة تظهر عند حالات خاصة مثل الأطفال ذوى أكثر من مرض في آن واحد ADHD- ANX. ODD/CD، أو الأطفال من مستويات اجتماعية اقتصادية دنيا ولديهم أعراض اضطراب المسلك/ اضطراب المخالفة والاستهتار ODD/CD حادة ، والأطفال ممن لديهم اضطراب قلق بالإضافة إلى أعراض أخرى يمكن البدء معهم بالعلاج السلوكي وخاصة إذا كانوا من مستوى اجتماعي اقتصادي مرتفع ولديهم أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة، لكن العلاج السلوكي منفرداً ليس فعالاً بالنسبة للأطفال ADHD فقط أو ADHD و CD، لكن بعض الأسر تفضل هذا البديل (العلاج السلوكي لعدم وجود نتائج سلبية مترتبة عليه) ولابد أن يتم تفصيل العلاج تبعًا للبروفيل النفسي الاجتماعي الإكلينيكي للطفل، فلا يوجد علاج واحد يضمن كل المميزات أو الفوائد لكل أطفال ADHD.

الصمود والعلاج بالمنبهات وسوء استخدام المواد المخدرة:

هناك بيانات من أكثر من ٢٠٠ تجربة إكلينيكة اتفقت على أن المنبهات علاج فعال للأطفال والراشدين ADHD، وهناك دراسة تشير إلى أن علاج الأطفال ADHD بالمنبهات زادت من خطر تعرضهم لتدخين السجائر وتعاطي الكوكايين في الرشد (٢٨). وقد

أثارت هذه الدراسة اهتمامًا كبيرًا من وسائل الإعلام وانشغالاً بما إذا كان التعرض المبكر للعلاج الطبي بالمنبهات يقوي الاستعداد للتعاطي فيما بعد.

هذه هي الدراسة الوحيدة التي تقر بهذا الارتباط، وهناك اثنتا عشرة دراسة لم تجد شاهدًا على أن العلاج الطبي بالمنبهات يؤدي إلى ارتفاع خطورة تجريب أو استخدام أو الاعتماد أو سوء استخدام العقاقير المخدرة في سن الرشد (٦٠). وقد أجريت دراسة استخدمت منهج التحليل الفوقي[1] لست دراسات ذات مصداقية في المجال، دراستان على المراهقين وفيهما دراسة تتبعية وأربع دراسات على راشدين صغار. وشمل التحليل ٦٧٤ فردا مروا بخبرة العلاج الطبي، ٣٦٠ فردا لم يمروا بخبرة العلاج الطبي، وكان هناك انخفاض في تقدير سوء استخدام العقاقير المخدرة لمن تعرضوا في طفولتهم للعلاج بالعقاقير المنبهة مقارنة بمن لم يتعرضوا. يشير تأثير السن فى الدراسة التتبعية حتى مرحلة المراهقة إلى وجود تأثير وقائي أكبر مقارنة بالدراسة التتبعية في الرشد، ومن الممكن أن يكون امتداد الدراسة التتبعية للرشد رفع من احتمال التعرض لتجربة العقاقير وبالتالي سوء استخدامها. وقد يرجع هذا إلى توقف نسبة أكبر عن استكمال العلاج بالمنبهات في بداية الرشد مما يؤدي إلى فقدان الحماية من الخطر. وفي كل الأحوال فلم يتوفر للدراسة بيانات عن مدة التعرض للعلاج الدوائي وبالتالي لم يتسن القيام بتحليلات تساعد على الإجابة عن الفرض، وهناك تفسير آخر أن إشراف الوالدين على أبنائهم أثناء تلقيهم العلاج قد يحرف التحليل.

بالإضافة لما تقدم فهناك مشكلات منهجية، حيث وجد أن العلاج بالمنبهات يرفع الاستهداف للتعاطي في بداية سن الرشد، وقد وجدوا أن هناك ارتباطًا بين التعرض المبكر للعلاج بالمنبهات وحظر تعاطي النيكوتين والكوكايين وكذلك المواد الكحولية، لكن كانت هناك فروق دالة عند خط الأساس عند المقارنة بين الخصائص الشخصية لمن تلقوا العلاج بالمنبهات ومن لم يتلقوه ، فقد كان اضطراب المسلك أكثر انتشارًا بين من

(1) Meta analysis.

تلقوا العلاج بالمنبهات، وقد أشارت الدراسات بصورة متسقة إلى أن اضطراب المسلك عامل خطر أساسي في تطور سلوك التعاطي لدى ADHD، وهكذا يمثل اضطراب المسلك عاملاً أساسياً في تحليل النتائج يمكن أن يعطي صورة غير حقيقية للارتباط.

تشير الدلائل إلى عدم وجود ارتباط خطير بين تعرض الأطفال للعلاج بالمنبهات وسوء استخدام العقاقير في المراهقة والرشد، وهناك دلائل من التقديرات المجمعة المستمدة من التحليل الفوقي تشير إلى أن العلاج بالمنبهات يقلل من خطر التورط في التعاطي وبالتالي يرفع الصمود.

الخاتمة :

يشير هذا العرض للأدبيات المنشورة إلى أن الصمود يرتبط بخصائص الطفل والأسرة والبيئة، وأن العدوان، وضعف تحمل الإحباط وشدة واستمرارية أعراض ADHD كلها عوامل ترفع من خطورة الاستهداف لسوء التوافق لدى الطفل. كما أن الإقامة في الأحياء الفقيرة، والتعبير السلبي الانفعالي وإصابة أحد الوالدين أو كليهما باضطراب نفسي كلها عوامل ترفع من احتمال التعرض للخطر. إن اضطراب المسلك إذا ما أضيف إلى أعراض ADHD فإنه يكون منبأ قوياً بنتائج سلبية تظهر في صورة سلوك مضاد للمجتمع، وخلل مهني واجتماعي، وسوء استخدام العقاقير واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع وما يصاحب ذلك من مشكلات المزاج، أما الجوانب الإيجابية مثل الذكاء المرتفع والاستقرار الانفعالي، والحد الأدنى من الخلل الوظيفي وتوفر بيئة أسرية إيجابية حيث يوجد راشدون مساندون، فكلها عوامل تدعم الصمود.

تراجع الأعراض التي ترتبط بتراجع أعراض فرط النشاط أو الاستجابة للعلاج كلها عوامل تنبئ بنتائج أفضل ، إن برامج التعديل والتدخل السلوكي مع عدم وجود التدخل الطبي ليست ذات فاعلية كبيرة بالنسبة للأطفال ذوى الأعراض الشديدة، على الرغم من أنها قد تكون ذات فاعلية مع الأطفال ذوى المستويات الأقل حدة من ADHD،

فإن التعديل السلوكي بمفرده مفيد بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، والأطفال ذوى أعراض القلق ، وأطفال الآباء ذوى المستوى التعليمي المرتفع، وهي برامج مرغوبة إذا ما أضيف لها العلاج الطبي للأطفال الذين يعانون من أكثر من مرض في الوقت نفسه أو الأطفال في أسر محرومة. لم تثبت فاعلية البرامج السلوكية المعرفية وحدها في تنمية المهارات والقوى والحماية من الخلل الاجتماعي. تمثل دراسة مساهمة الجينات والبيئة في بناء الصمود مجالاً بحثيًا مهمًا قد تتولد عنه أفكار جديدة عما تهدف له برامج التدخل.

REFERENCES

1- Akeman, P., Dykman, & R., Peters, J. (1977). Teenage status of hyperactive and non hyperactive learning disabled boys. *AM J Orthopsychiatry. 47*, 577–596.

2- Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York and London: Guilford.

3- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., Guite, J., Ablon, J. S., Reed, E., Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry. 152(3)*, 431–5.

4- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A. et al. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35(3)*, 343–51.

5- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. (1998). Normalized functioning in youths with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr. 133(4)*, 544–51.

6- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry. 157*(5), 816–818.

7- Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V., Spencer, T. (1998). Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry. 44(4)*, 269–73.

8- Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children*. New York: Contemporary Books.

9- Caspi, A., McClay, I., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, I., Craig, I. W. et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violencein maltreated children. *Science. 297(5582)*, 851–4.

10- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. et al. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science. 301(5631)*, 386–9.Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci, 3*(8), 617–628.

11- Dienske, H., de Jonge, G., & Sanders-Woudstra, J. A. R. (1985). Quantitative criteria for attention and activity in child psychiatric patients. *J Child Psychol and Psychiatry, 26*, 895–916.

12- Farrington, D., Loeger, R., & van Kammen, W. B. (1990). Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood. In L. Robins & M. Rutter (Eds.), *straight and devious pathways from childhood and adulthood*, pp. 72–73. Cambridge: Cambridge University Press.

13- Faraone, S. V., Biederman, J., Jetton, J. G., Tsuang, M. T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychol Med. 27(2)*, 291–300.

14- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1997). Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *J Child Psychol Psychiatry, 38*(6), 633–644.

15- Fischer, M., Barkley, R. A., Fletcher, K. E., & Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children: Predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32*(2), 324–332

16- Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. E. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen. *CD J Abnormal Child Psych, 30*(5), 464–475.

17- Flory, K., Milich, R., Lynam, D. R., Leukefeld, C., Clayton, R. (2003). Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: Individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder are uniquely at risk. *Psychol Addict Behav 17(2)*, 151–8

18- Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R., & Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry, 42*(10), 937–947.

19- Goldstein & Brooks. ( ). Risk, resilience and ADHD: Changing the lives of challenged children. http://www.addvisor.com/goldstein_risk_resilience_adhd.htm. June 2003.

20- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol, 23*(6), 729–749.

21- Hazell, P. L., Lewin, T. J., McDowell, M. J., & Walton J. M. (1999). Factors associated with medium-term response to psychostimulant medication. *J Paediatr Child Health, 35*(3), 264–268.

22- Hechtman, L. (1991). Resilience and vulnerability in long term outcome of attention deficit hyperactive disorder. *Can J Psychiatry, 36*(6), 415–421.

23- Hechtman, L., Weiss, G., & Perlman, T. et al. (1981). Hyperactives as young adults: Various clinical outcomes. *Adolesc Psychiatry, 9*, 295–306.

24- Jensen, P. S., & Cooper, J. R. (2002). *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.

25- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E. et al. (2001). Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatr, 22*(1), 60–73

26- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B. et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40*(2), 147–158.

27- Klein, R. G., Abikoff, H., Klass, E., Ganeles, D., Seese, L. M., & Pollack, S. (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry, 54(12)*, 1073–80.

28- Lambert, N. M., Hartsough, C. S. (1998). Prospective study of tabacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J Learn Disabil. 31(6)*, 533–44.

29- Loney, J., Kramer, J., & Milich, R. (1981). The hyperkinetic child grows up: Predictors of symptoms, delinquency and achievement at follow-up. In K. Gadow, J. Loney (Eds.). Psychosocial aspects of drug treatment for hyperactivity. AAAS Selected Symposium,

30- Lynam, D. R. (1996). Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychol Bull, 120*(2), 209–234.

31- Lynskey, M. T., & Hall, W. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: Is there a causal link? *Addiction, 96*(6), 815–822.

32- Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1995). Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *J Abnorm Child Psychol, 23*(3), 281–302.

33- Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. III. (2002). Young adult outcome of children with "situational" hyperactivity: A prospective, controlled follow-up study. *J Abnorm Child Psychol, 30*(2), 191–198.

34- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry, 155*(4), 493–498.

35- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry, 50*(7), 565–576.

36- March, J. S., Swanson, J. M., Arnold, L. E. et al. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *J Abnorm Child Psychol, 28*(6), 527–541.

37- Milich, R., Loney, J., & Landau, S. (1982). The independent dimensions of hyperactivity and aggression: A validation with playroom observation data. *J Abnorm Psychol, 91*, 183–198.

(الجزء الرابع)

تشكيل مستقبل الأطفال

الفصل السابع عشر

التواؤم الإيجابي، والصمود، وإطار مقومات النمو

أرتورو سيما ، مارك مينز، بيتر سكيلز

تمتد جذور تقدم فهمنا للتواؤم في أعمال جارميزي وروتر وويرنر[1] وغيرهم ممن اكتشفوا أعداداً كبيرة من الأطفال الذين كان يظن أنهم في خطر الوقوع في سوء التوافق في حاضرهم ومستقبلهم لكن لم تظهر عليهم علامات تذكر للاضطراب، بل كانوا يتصفون بقدر عال من الكفاءة (١٧) (٣٥) (٥٥). وقد أدت البحوث التي أجريت لاكتشاف الأسباب التي ساهمت في إحداث هذا الاختلاف في حياة الأطفال إلى وصف ما يرتبط بالنمو الإيجابي للأطفال الذين تعرضوا للمخاطر، ثم تقدمت لطرح نماذج مركبة من العمليات تتضمن متغيرات سببية مركبة في بيئات أيكولوجية متنوعة (٢٦). وقد ركزت مساهمات اثنين من هذه البحوث التي اتبعت هذا المسار البحثي على كشف الميكانيزمات التي كان يظن أنها وراء المسارات النمائية التواؤمية واللاتواؤمية تحت ظروف المحن، إلى جانب الاهتمام بدراسة التوافق الإيجابي والكفاءة جنباً إلى جنب النماذج السائدة في دراسة الخطر والمرض والعلاج (١٧) (٣٥) (٢٨)، وقد ساهم هذا التقدم في تصميم وتنفيذ البرامج التدخلية والوقائية المنتشرة في المجال الآن (٣٤).

(1) Garmezy , Rutter, Werner.

وقد أدى الانتباه لهذه المساحة العريضة من العوامل التي تيسر النمو الصحيح إلى وضع نماذج جديدة تركز على جوانب القوة، والموارد[١] والخبرات الإيجابية للشباب ومجتمعاتهم(٧). وتهدف هذه النماذج إلى وضع أساليب جديدة لفهم النتائج الإيجابية التي يحققها الشباب، وقياسها وتعظيمها على أساس معايير النمو الإيجابي للشباب والمعرفة التي تم اكتسابها في عشرات السنين من البحث في الصمود وعوامل الخطر والوقاية (١٥) (١٦) (٣٢).

ويعتبر إطار مقومات النمو(الارتقائية) لمعهد البحوث[٢] أحد هذه النماذج. فعلى مدى العشر سنوات الماضية كان معهد البحوث نشطًا في العمل النظري والإمبريقي لاختبار العلاقة بين الموارد النمائية، والنمو الأمثل ، وحركة[٣] المجتمع (٥) والهدف الرئيسي هو وضع منحى بحثي تطبيقي متعدد المجالات يكشف عن الأهمية النمائية لإحياء إمكانات[٤] المجتمع الطبيعية غير الرسمية وغير المبرمجة.

في هذا الفصل سوف نصف إطار مقومات النمو وعلاقته بنماذج الصمود، وذلك بمناقشة ثلاثة أبعاد: (١) التصنيف[٥] العلمي للعوامل التي يظن أنها تنمي النمو الإيجابي والتواؤم (التوافق). (٢) المحكات التي تستخدم لتحديد أو تعريف النواتج النمائية الإيجابية. (٣) الاستراتيجيات والميكانيزمات التي يمكن توظيفها لتنمية الشباب. وسوف نركز على نقاط الاتفاق والاختلاف بين نماذج دراسة الصمود في هذه الأبعاد الثلاثة. وحيث إن مجال دراسة الصمود ليس مجالاً بحثيًا متجانسًا، وتشيع فيه اختلافات في النماذج ، والمصطلحات والافتراضات ، فسوف نتناول التيمات العريضة فقط مما يتيح السياق لوصف نموذج المقومات النمائية.

(1) Resources.

(2) Search Institute's developmental asset frame work.

(3) Mobilization.

(4) Capacity.

(5) Taxonomy.

ميسرات النمو الإيجابى: إطار (مقومات النمو[1])

يعتبر إطار مقومات النمو جزءاً من المجال السريع التطور والخاص بالنمو الإيجابي للشباب. وهو مظلة يضم تحته العديد من المناح التي تشترك فيما بينها في الخصائص التالية (١٨):

* **منحى نمائي يرتكز على القوى:** التأكيد على العناصر والمقومات التي تيسر النمو الأمثل، وليس العوامل التي ترتبط بالمشكلات، وتعتبر نماذج القصور أو الخطر عكس النماذج التي تنطلق من القوة، حيث تركز على السلوك المشكل وكيفية منعه أو تحجيمه.

* **يتناول مصادر متعددة في مجالات متعددة:** ينمو الأطفال في الأسرة والمدرسة وبين الجيران في إطار من العلاقات المتعددة، وأي نموذج يتصدى لوصف النمو لابد أن يعكس الأبعاد المتعددة المتنوعة التي يتم فيها النمو.

* **يركز على العلاقات:** النمو الإيجابي دال على العلاقات المقصودة ذات المعنى والقيمة مع الشباب، من خلال التعرف عليهم، وطلب رأيهم والاعتراف بقدرتهم على المساهمة في الحياة وأن لديهم ما يقدمونه.

* **ييسر النمو الإيجابي باعتباره أمراً يحدث بشكل عادي وكل يوم في كل موقف:** (ليس في المناسبات) إن تعظيم نمو الشباب ليس مقصوراً على المهنيين (كالمعلمين أو المرشدين النفسيين) الذين يتعاملون معهم، فكل فرد في المجتمع له دور وعليه مسئولية في حياة الشباب.

سعى معهد البحوث لجمع هذه العناصر الأربعة التي تتوفر في العمل الذي نقدمه عن كيف يخبر النشء مقومات النمو المختلفة، وتعرف مقومات النمو بأنها مجموعة من الخبرات والعلاقات والمهارات والقيم المترابطة المتداخلة التي تنمي نواتج متعددة،

(1) Facilitators of Positive Development: The Developmental Asset Frane work

ويفترض أنها تعمل بصورة واحدة بالنسبة لكل الشباب (٦) (٤٥) وقد جمع الكاتب٤٠ مقومًا يعكس رؤية إيجابية ترتكز على جوانب القوة والنمو الإيجابي للطفل والشاب الذي يضع جذوره في عمليات التنشئة، مثل الترابط، والدعم، والتنظيم، والأوتونومية، والكفاءات (٢) (١٠) (٤٥).

هذه العمليات النمائية تحتاج أن تفهم على ضوء المؤثرات المتعددة والمتفاعلة التي تؤثر على رفاه الطفل. وقد استعار هذا الإطار الكثير من أفكار ومبادئ برونفينبرنر (١١)، إن النمو الناجح دال على الفرد في تفاعله مع أيكولوجيات متعددة داعمة، بالإضافة إلى أعمال (٢٠) (٤٠) عن السببية المشتركة[1] وطبيعة تراكم عوامل الخطر وعوامل الحماية مما أضاف إلى بناء وتفسير مقومات النمو، وهكذا نجد أن الهدف الرئيسي من الإطار هو تحديد ما يرتبط وما ينبئ بنواتج إيجابية على المدى القريب أو البعيد بهدف توجيه النظرية والبحث على القوى النمائية. ومحور هذه القوى تأثير التفاعل المجتمعي على نمو الشباب.

يطرح الإطار بعض الجوانب الداخلية وبعض الجوانب الخارجية شأنه في ذلك شأن قوائم العوامل الواقية (١٦) (١٩) (٢٨) (٣٠) (٥٦)، ويحدد الإطار كلا من الصفات الداخلية والخارجية. شكل ١٧-١ وتتجمع المقومات الخارجية (خصائص البيئة) التي تسهم في تحسين الصحة وفي أربعة مجموعات: (١) المساندة (٢) التمكين (٣) الحدود والتوقعات (٤) الاستخدام البناء للوقت. أما العوامل الداخلية (الكفاءات والمهارات التي يستخدمها الشباب لتوجه سلوكهم) ويتجمع في أربعة مجموعات أيضًا: (١) الالتزام بالتعلم. (٢) القيم الإيجابية (٣) الكفاءات الاجتماعية (٤) الهوية الإيجابية . لقد توصلت دراسات وبحوث أجريت على أكثر من ٢ مليون طفل في المراحل من الصف ٦-١٢ (٩) (٢٢) (٤٣)، إلى جانب دراسات مكثفة عن النمو في المراهقة (٤٥) والطفولة المتوسطة (٤٧)، إلى نتائج إيجابية عديدة تشير لمساهمة

(1) Shared Causation.

مقومات النمو في تجنب التلاميذ لعوامل الخطر، إلى جانب المظاهر الإيجابية لديهم مثل مساعدة الغير وتجاوز المحن والنجاح المدرسي.

على الرغم من أهمية هذا الإطار للدراسات النظرية والإمبريقية في مجال النمو الإيجابي ، فإنه قد صمم على أساس أهداف تطبيقية أيضًا؛ لهذا نجد أن الهدف الثاني من النموذج أن يضع لغة سهلة التداول حول النمو الإيجابي، تيسر تحريك المجتمع ونشاط الشباب.

لقد تم اختيار مقومات النمو لتعكس العلاقات والبيئات والمعايير والكفاءات التى يمكن أن تخضع لسيطرة أو تحكم الأفراد فى المجتمع (١٠)، كما يعبر عنها النص التالى (٤٥):

> على الرغم من أنه لا يستطيع كل فرد أن يقدم للشباب خبرات حسن تصميمها تساعدهم على بناء مهارات التخطيط واتخاذ القرار، فإن كل فرد يستطيع أن يتكلم مع المراهقين ويراقبهم في غياب آبائهم ويحميهم، ويمد لهم يد المساعدة عندما يحتاجونها، كل فرد يستطيع أن يساعد الشباب أن يشعروا بقيمتهم ويشعروا أن لهم سندًا.

معظم البحوث والدراسات الميدانية التي أجريت في معهد البحوث موجهة لدراسة أهمية هذه الخبرات للشباب بما في ذلك كيف تحرك الناس (الأفراد) في المجتمع المحلي ليدخلوا في مثل هذه العلاقات المقصودة بالشباب.

إطار المقومات النمائية ١٧-١

المقومات الخارجية المساندة والمؤازرة	(١) مساندة الأسرة : توفر الأسرة لأفرادها الحب والمساندة. (٢) تواصل إيجابي داخل الأسرة : يتواصل الأبناء مع الآباء بإيجابية، ويسعى الأبناء إلى نصيحة الآباء والتشاور معهم. (٣) علاقات براشدين آخرين : يحصل الشباب على دعم ثلاثة راشدين غير الآباء. (٤) جيرة راعية : تسود المودة والرعاية العلاقة بالجيران. (٥) مناخ مدرسي يقدم الرعاية : توفر المدرسة مناخًا داعمًا ومشجعًا. (٦) الوالدان على ارتباط وثيق بالمدرسة : يشارك الآباء بإيجابية في مساعدة الأبناء على النجاح في المدرسة.
التمكين	(٧) المجتمع ينمي الشباب : يدرك الشباب أن الكبار يقدرونهم. (٨) الشباب ثروة : يمنح المجتمع الشباب أدوارًا مفيدة في المجتمع. (٩) يقدم الشباب خدمات للمجتمع : يقدم الشباب خدمات للمجتمع ساعة أو أكثر أسبوعيًا. (١٠) الأمان والسلام : يشعر الشباب بالأمان والسلام في المنزل والمدرسة والجيرة.
الحدود والتوقعات	(١١) حدود الأسرة : الأسرة لديها قواعد واضحة يترتب عليها نتائج واضحة أيضًا، وهي تتابع أبنائها أينما كانوا. (١٢) حدود المدرسة : تضع المدرسة قواعد واضحة يترتب عليها نتائج واضحة. (١٣) حدود الجوار : يشارك الجيران في مسئولية مراقبة سلوك الصغار. (١٤) نماذج سلوك الكبار : يمثل الآباء وغيرهم من الراشدين نماذج للسلوك الإيجابي المسئول.

	(١٥) التـأثيـر الإيجـابي للأقـران : يمثل الأصـدقـاء المقـربين نموذجًـا للسلوك المسئول. (١٦) التـوقعـات العـالية : يشـجع الآباء والمعلمون الشبـاب على الأداء الجيد.
الاستخدام البناء للوقت	(١٧) الأنشطة الإبداعيـة – يقـضي الشـبـاب ثلاث سـاعـات أو أكـثـر أسبـوعيًـا في دراسـة أو ممارسـة أحـد الفنون كالموسيقى أو الفن التشكيلي أو غيرها. (١٨) برامج الشبـاب : يقضي الشباب ثلاث أو أربع سـاعات أسبوعيًا في ممارسة الرياضة في نادي أو ساحة شعبية أو غيرها. (١٩) المجتمع الديني –: يقضي الشباب ساعة أو أكثر في الأسبوع في أنشطة تابعة لدور العبادة. (٢٠) الوقت في المنزل : يخرج الشباب مع أصدقائهم مساءً مرتين على الأكثر أسبوعيًا.
المقومات الداخلية الالتزام بالتعلم	(٢١) دافعية الإنجاز : الشباب لديه الدافع للتفوق في المدرسة. (٢٢) الاندماج في المدرسة : يندمج الشباب بصورة إيجابية في المدرسة. (٢٣) الواجبات المنزلية : يقضي الشـباب على الأقل سـاعتين في عمل الواجبات المدرسية يوميًا. (٢٤) الارتباط بالمدرسة : يرتبط الشباب بالمدرسة ويهتمون بها. (٢٥) الاستمتـاع بالقراءة : يقرأ الشـباب ٢-٣ سـاعات أسـبوعيًا بهدف الاستمتاع.
قيم إيجابية	(٢٦) الاهتمام بالغير (الآخر) : يعطي الشباب مساعدة الآخرين قيمة كبرى. (٢٧) المسـاواة والعدالة الاجتـماعيـة : يعطي الشـبـاب تدعيم المسـاواة ومقاومة الفقر والجوع قيمة كبرى.

	(٢٨) الاتساق الشخصي : يتصرف الشباب بناء على معتقداتهم ويدافعون عنها. (٢٩) الأمانة : يقول الشاب الحق حتى وإن لم يكن في صالحه. (٣٠) المسئولية : يتحمل الشاب المسئولية ويقبل عليها. (٣١) كبح جماح النفس : يعتقد أن التعاطي أو تناول الخمور وغيرها من السلوكيات المرفوضة اجتماعيًا .
الكفاءات الاجتماعية	(٣٢) التخطيط واتخاذ القرار : يعرف كيف يخطط للمستقبل وكيف يختار. (٣٣) الكفاءة الاجتماعية : يتصف بالتفهم والحساسية ولديه مهارات الصداقة. (٣٤) الكفاءة الثقافية : لديه معرفة جيدة بالثقافات المختلفة ويقبل الاختلاف. (٣٥) مهارات المقاومة : يستطيع أن يقاوم ضغوط الرفاق والمواقف الخطيرة.
هوية إيجابية	(٣٦) حل الصراعات سلميًا : يسعى لحل الصراع بدون عنف. (٣٧) قوة شخصية : يشعر أنه يسيطر على ما يحيط به أو يحدث له. (٣٨) احترام الذات : يشير سلوكه وكلامه إلى احترامه لذاته. (٣٩) لديه هدف : يقر أن لحياته معنى وهدفا. (٤٠) رؤية إيجابية لمستقبله : لديه تفاؤل نحو مستقبله الشخصي.

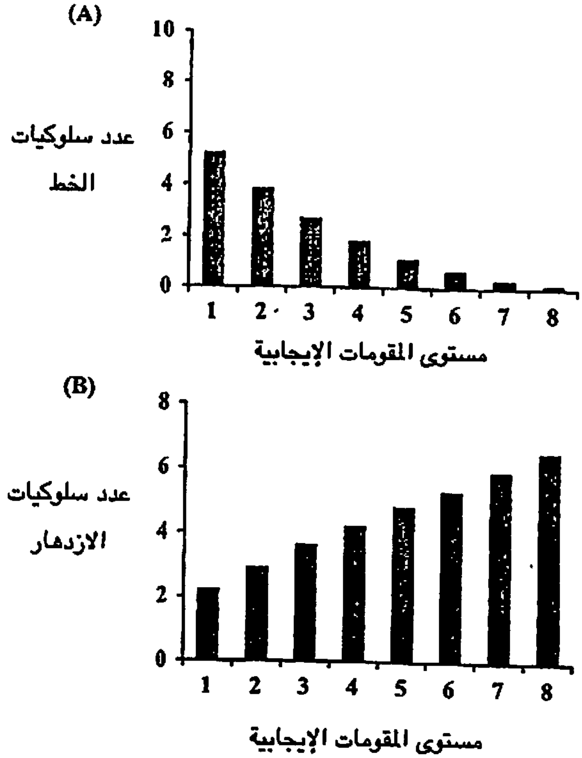
علاقة مقومات النمو بالنتائج:

الافتراض الأساسي في نموذج مقومات النمو أنه كلما كانت الخبرات الإيجابية في حياة الشباب أكثر، كان هناك احتمال أكبر أن يحققوا نموًا ناجحًا. وتشير الدراسات من معهد البحوث وغيره إلى أن الشباب الذين لديهم مقومات أكثر أقل تورطًا في

السلوكيات الخطرة وأكثر تمسكًا بالسلوكيات الإيجابية البناءة. (٤٣) (٥٢). مثال ٥٠٪ ممن حصلوا على درجات صفر-١٠ في المقومات أقروا أنهم تورطوا في تعاطي الخمور، مقابل ٢٪ من الشباب الذين حصلوا على درجات تتراوح بين ٣١-٤٠، وعلى العكس فإن ٨٩٪ من الشباب الذين تراوحت درجاتهم ما بين ٣١-٤٠ أقروا أنهم يقدرون التنوع الثقافي ويقرونه، مقابل ٣٤٪ من الشباب الذين حصلوا على درجات تتراوح ما بين صفر - ١٠ . كما أقر ٣٢٪ ممن لم تنطبق عليهم بنود المقومات تورطهم في مشكلات جنسية مقابل ٣٪ من ذوي الدرجات المرتفعة، كما كان ٨٪ فقط ممن لا تنطبق عليهم المقومات يحصلون على تقدير (أ) مقابل ٤٩٪ ممن تنطبق عليهم المقومات (٤٨)، وقد نتج عن استخدام التحليل العاملي المتعدد في دراسة الآثار التراكمية للمقومات أن عدد المقومات الكلي يفسر ٥٧٪ من التباين في قائمة للسلوك الخطر (٢٢)، ٤٧٪-٥٤٪ من التباين في قائمة للسلوك الإيجابي (٤٣)، وهو يفوق تأثير العوامل الديمجرافية لتعليم الأم ومستوى الصف والنوع، وقد تكرر ظهور النتائج نفسها بعد تقسيم العينات الشاملة على أساس العرق والمستوى الاجتماعي الاقتصادي (٥٠).

ويمكن تمثيل نتائج هذه الدراسات برسم بياني ١٧-٤٨٦١ للعلاقة بين عدد المقومات والسلوك الخطر (مثل تعاطي الكحول والسلوك المضاد للمجتمع) والنتائج الإيجابية (تقبل الاختلاف والنجاح في المدرسة، والسلوك القيادي). هذه العلاقة الخطية تعكس التكرار التراكمي لعوامل الخطر. وقد استخدم الباحثون مفهوم التأثير التراكمي للخطر من نتيجتين يتكرر ظهورهما: أن عوامل الخطر تصاحب بعضها بعضًا، وأن تراكم العديد من هذه العوامل وليس وجود عامل واحد، يهدد التقدم في النمو (٣) (٣٩). هناك عوامل قليلة معدلة لهذه الدالة الخطية كما ورد في الأدبيات عبر السن والجنس والعرق والمستوى الاجتماعي الاقتصادي وعبر الثقافة (٢١)، وتشير نتائج تأثير تراكم عوامل الخطر إلى أن قوة المقومات ترجع لتراكم تأثيرها عبر مجالات متعددة. حين يناقش الباحثون في مجال الصمود عوامل الخطر فإنهم لا يتكلمون عن مقوم بذاته، أو مجموعة من المقومات باعتبارها الأكثر أهمية في تحقيق النمو. إن محاولات البحث

عن المقومات الفاصلة أو السحرية[1] إذا توفرت تحقق الصمود وإذا غابت غاب الصمود، تتعارض مع الافتراض الأساسي عن تعددية الأسباب للنمو الإيجابي، ولا تؤدي بالتالي إلى نتائج مثمرة (٢٧) (٤٥).



شكل ١٧-١ مدرج بياني تجميعي للمقومات : عدد السلوكيات الخطر (A) سلوكيات الازدهار (B) التي أقرها الشباب باعتبارها دالة لتراكم المقومات (كل نقطة تمثل ٥ مقومات، ١ = من صفر – ٥ مقومات ، ٢ = من ٦ – ١٠ مقومات). بيانات غير منشورة من معهد البحوث.

(1) Magic bullet.

على الرغم من أن معظم الدراسات تشير إلى الارتباط بين المقومات والنواتج الإيجابية في إطار زمني معين، في لحظة زمنية معينة، فإن هناك دراسات تشير إلى الارتباط بين المقومات في لحظة زمنية معينة ونواتج تعقبها بسنوات. إن كلاً من عدد المقومات وحجمها أو تجميعة معينة من المقومات ترتبط بنواتج عبر الزمن، فقد وجد (٤٦) أن الزيادة في عدد المقومات التي ذكرها أفراد العينة حين كانوا في الصف ما بين ٧-٩، التي تراوحت بين (صفر - ١٠ - ١١ - ٢٠، ٢١-٣٠، ٣١-٤٠) ارتبطت بما حققوه من نتائج بعد ثلاث سنوات حين كان أفراد العينة في الصف ما بين ١٠-١٢، كما انعكست على متوسط المعدل المدرسي العام. إن متوسط المعدل المدرسي العام يميل للاستقرار عبر الزمن، بمعنى أن درجات التلميذ تنبئ بأدائه في المستقبل، وكذلك فإن المقومات في سنة ما ترتبط بالدرجات في نفس السنة. هذه النتائج تدعم الفرض الخاص بأن المقومات تسهم في الأداء المدرسي في المستقبل. وفي دراسة عن ارتباط التغير في المقومات بالتغير في النتائج، تم (٥٣) قياس المقومات والأداء الإيجابي على مدى سنة لدى شباب أعضاء في عصابة، مقابل شباب أعضاء في مؤسسة للخدمات الاجتماعية، وكانت النتائج تشير إلى التغير إيجابياً في المقومات بالنسبة للمجموعتين على مدى السنة .

مكونات الصمود[١] :

على الرغم من أن الفرق الأساسي بين مقومات النمو والعوامل الواقية قد يبدو في أن العوامل الواقية لا تعمل إلا تحت ظروف الخطر (٣٦)، في حين أن المقومات يفترض أنها تعمل بصرف النظر عن وجود أو عدم وجود خطر أو محنة. لكن محاولات توضيح المفاهيم الأساسية للصمود طمست هذا التمييز الحاد (٢٥)، وهكذا أضيفت بعض المفاهيم مثل الاستهداف وعوامل الحماية - الاستقرار[٢]، لكي تضيف مزيداً من

(1) Resilience Constructs.

(2) Protective- Stabilizing.

الدقة للتفاعل بين عوامل الخطر والعوامل المعدلة وكفاءة النتائج (٢٥)، باستخدام هذه المفاهيم أو التكوينات المتمايزة ، تصبح مقومات النمو أقرب للعوامل الواقية (٢٥)، أو العوامل الإنمائية (٣٧)[1] أو المقومات(٣٠). إن العنصر الأساسي في هذه التكوينات التأثير الإيجابي المباشر على النمو بصرف النظر عن وجود الخطر. على الرغم من أنه من الممكن أن تتفاعل بعض مقومات النمو مع تأثير الخطر أو تعدله (وهنا يجب أن تصنف باعتبارها عوامل واقية تساعد على النمو[2] أو عوامل واقية تساعد على الثبات[3]). نحن لا نقلل من شأن التفاعل بين المقومات فيما بينها، وبينها وبين عوامل الخطر لسببين على الأقل:

أولاً: تبين من البحث على كل من هذه المقومات أنها ذات قيمة تنبؤية مع تنوع العينات (١٠) (٤٥).

ثانيًا: أن العمل في المجتمعات المحلية يشير إلى أن الراشدين بوصفهم أفرادًا يندمجون وينشطون في الأنشطة المقصودة إذا تحول التركيز من الشباب والمراهقين المستهدفين للخطر إلى الأطفال والمراهقين بصفة عامة. فالتركيز على الشباب المستهدفين للخطر له تأثير غير موات حيث يقوى الاعتقاد بأن نمو الشباب مسئولية المتخصصين أو أصحاب المهن المسئولة مثل المعالجين، أو أصحاب البرامج أو الاختصاصيين الاجتماعيين ويترتب على ذلك عدم الإقدام على المشاركة من جانب الراشدين في المجتمع (٦). إن التعامل مع المجتمع ككل لا يعني عدم الاهتمام بالتفاعل بين مقومات النمو وعوامل الخطر مثل فرط الحركة وقصور الانتباه أو الفقر (٥١)، وتجري الآن بحوث عديدة للكشف عن تأثير مقومات النموب باعتبارها عوامل معدلة سواء مع غيرها من المقومات الأخرى أو مع عوامل خطر. ويبدو أن معظم مقومات النمو تقع تحت ما يعتبره بعض الباحثين (٣٧) (٣٦) عوامل خاصة بالإبعاد أو تأثيرات واقية وخطرة (٥١)، وهي عوامل يمكن اعتبارها عوامل خطر أو عوامل واقية تبعًا للمنظور

(1) Promotion factors.

(2) Protective enhancement.

(3) Protective - Stabilizing.

الذي يختاره الباحث ليؤكده، مثال ذلك أن أحد المقومات في الإطار - ولتكن مساندة الأسرة - ويقصد بها القطب الإيجابي للمفهوم، لكن هناك باحثين يمكن أن يستخدموا المفهوم العام الإيجابي نفسه (أداء الأسرة - قيام الأسرة بوظائفها) ويركزوا على القطب السلبي (الافتقار للمساندة - الصراعات الأسرية) وهنا يصبح عامل خطر. ولا يثير هذا الموقف أي مشكلة حيث إن النموذج النظري ما يحدد كيف يختار أن يعرف المفاهيم (طالما أنه يحتفظ باعتبار المفهوم بعداً ثنائي القطب)، وكذلك إذا كان التأثير يبدو هو نفسه سواء كان يزيد من العوامل الواقية أو يقلل من عوامل الخطر (٣٨).

مؤشرات الكفاءة: الازدهار[1]

البعد الثاني الذي يرتبط بالمقومات ونماذج الصمود يتناول كيف يقوم كل نموذج بالتعبير الإجرائي عن الكفاءة أو النمو الإيجابي. استخدم (٢٩) مفهوم "المهام[2] البارزة للمرحلة" وعرف الكفاءة بأنها سجل لطريق النجاح التوافقي في المهام النمائية المتوقعة من الفرد في سن معين في ثقافة معينة وفي إطار تاريخي معين. وهناك باحثون آخرون في مجال الصمود يعرفون الكفاءة بأنها غياب المرض النفسي أو المشكلات. وهناك مجموعة ثالثة توفق بين مفهوم المهام البارزة للمرحلة و بين غياب الأعراض ليحددوا محكات تقييم الناتج (٢٨)، وقد سعى بعض الباحثين (٢٥) للتدقيق في المحكات والمعايير التي تستخدم لتحديد الكفاءة، بأن قرروا أن اختيار النتائج الدالة على الكفاءة تتحدد أو تبنى على أساس نوع المشقة وشدتها، وكذلك بالربط بين عوامل الخطر الراهن والنتائج. ويرون أن محك النتائج قد يكون متميزاً في مجال نظري حيث يكون مستوى الخطر منخفضاً أو متوسطاً. هذا المحك لتحديد النتائج يقترب من

(1) Thriving.

(2) Stage-Salient tasks

جهود معهد الأبحاث في تعريف ما يقصد بالازدهار النمائي (٤٢)، ومازال مفهوم الازدهار يتطور، وفيما يلي رؤية الكاتب.

بدأ الأكاديميون والممارسون في التركيز ليس فقط على ما يعرّف النمو الطبيعي أو المناسب، وإنما النمو الأمثل أو الازدهار، ويركز علم النفس الإيجابي البازغ على السعادة والتفاؤل والإنجاز وليس على المرض والقصور الذي سادت دراسته في الخمسين عامًا الماضية. إن التكامل بين الجوانب الإيجابية في إطار دورة الحياة لدى أريكسون، وبين المبادئ الرئيسية في علم النفس الإيجابي والصمود والنمو الإيجابي ، وإطار مقومات النمو كلها روافد تقدم نسيجًا متكاملاً في مجال البحث والممارسة الموجه لجوانب القوى لدى الأطفال والمراهقين.

النظم النمائية التي تركز على تكوينات (بناءات) مثل الازدهار[1] تردد مبادئ ذروة النمو الإنساني التي تنعكس في مفهوم ماسلو عن تحقيق الذات. لكن رؤية مفهوم الازدهار لابد أن تعطي تأكيداً أكبر لهذا البناء (الازدهار) ليس بحسبه عنصراً في تحقيق الذات على المستوى الفردي فقط، وإنما باعتباره مرتبطًا ولا ينفصل عن الجانب الأخلاقي المعنوي للمجتمع الأكبر الذي يعيش فيه الفرد ويسهم فيه حتى في مرحلة الطفولة. بمعنى أخر حين يتحقق الازدهار للصغار فهذا لا يعني أنهم يحسنون الأداء بوصفهم أفراداً فقط، وإنما يعني أنهم مرتبطون مساهمون بطرائق ذات معنى وتأثير في الصالح العام الذي يتحقق من خلال الجماعات ، وفي الجيران، والمجتمعات المحلية والمجتمع الكبير الذي ينتمون له.(٢٣)

(١) يمكن اعتبار الازدهار ناتجًا وعملية. في هذا الفصل نركز على الازدهار كما ينعكس في قياس لحظة معينة للنواتج النمائية لدى الشباب، لكن يمكن فهم الازدهار باعتباره عملية نمائية من الأسباب والنتائج لاندماج الفرد ببيئته وما يتضمن هذا من تأثير متبادل عبر الزمن والذي يؤدي إلى تكرار ظهور النتائج الأمثل التي تعتبر في كل نقطة منها أنها الأمثل. هنا يعتبر الازدهار عملية فريدة في مراحل النمو المختلفة، مثل النجاح في خوض علاقات ناجحة مع الأقران في الطفولة المتوسطة، أو النضج المعرفي في بداية المراهقة بما له من تأثير راديكالي، سلبيًا كان أو إيجابيًا، على بناء الشباب لبيئة اجتماعية داعمة.

الفرق بين مقومات النمو ومؤشرات الازدهار:[1]

يتجاوز مفهوم الازدهار ليس فقط غياب المرض، وإنما وجود مؤشرات صريحة للنمو الأمثل الصحيح السليم، هناك تشابه في تصور مقومات النمو ومؤشرات الازدهار، إذ إن كلا المفهومين يركز على وجود القوى في حياة الشباب (الصغار) ، ولكن هناك أيضًا اختلافات مهمة بين المفهومين.

أهم الاختلافات أن الازدهار يعني النواتج النمائية الأمثل وليست مجرد النواتج المناسبة أو الأداء الكفء، وهكذا فإن مؤشرات الازدهار أحادية القطب، بمعنى أن غياب الازدهار بهذا المعنى ليس سلبيًا بالضرورة؛ فالفرد قد يعايش خبرات نمائية مناسبة ويحقق كفاءة عبر مجالات مختلفة ومع ذلك لا يحقق الازدهار، على النقيض من ذلك فإن الغياب النسبي، أو المستوى المنخفض من مقومات النمو كما يظهر في نتائج البحوث يرتبط بنواتج نمائية ضعيفة لدى المراهقين (٩).

ثانيًا: تعتبر المقومات لبنات لبناء النجاح، على حين تعتبر مؤشرات الازدهار علامات دالة على النجاح، ويمكن تفسير ذلك إذا اعتبرنا مقومات النمو التي يعايشها الفرد وتتراكم عبر الزمن منبأً أو مساهمًا في النواتج النمائية الأمثل التي تتمثل في مؤشرات الازدهار، فإذا تصورنا المقومات باعتبارها لبنات لبناء النجاح، يمكن أن يثار السؤال التالي: إلى أين يتجه البناء؟ وتمثل مؤشرات الازدهار الإجابة الآتية: ما الذي تساعد المقومات الشباب على الاتجاه نحو بنائه؟ معايشة المقومات تحدد الظروف أو الشروط التي تيسر تحقيق الازدهار.

الاختلاف الثالث المهم بين المقومات والازدهار أن الازدهار ينعكس بصورة أكبر في سلوك الفرد، وعلى النقيض فإن معظم المقومات النمائية، إما أنها تقدم من قبل الآخرين في بيئة الشباب (مساندة الأسرة، حسن الجوار) أو يتم تصورها على

(1) Thriving Indicators.

أنهـا (ذاتيـة) إدراك ذاتي داخلي، أو اتجـاهـات، أو قـيم (وضــوح الهـدف، الشــعـور بالمسئولية).

يصدر الحكم على الازدهار ذاتيًا من داخل الفرد نفسه، فمن يستطيع أن يقول إن شخصًا ما ليس مزدهرًا وهو سعيد ، ومنفتح وجدانيًا، وكريم اجتماعيًا، لكنه ليس في الثراء ولا القوة التي كان يمكن أن يحققها وذلك لأنه مارس استقلاليته في الاختيار، ولم يسر في ذلك الدرب الذي يصل به إلى الازدهار؟ قد يكون السبب لأن السعي وراء الثراء أو القوة أي الازدهار قد يتعارض مع نواتج إيجابية أخرى كحسن الحال وطيب العيش التي يتمنونها أكثر كالزواج الناجح، أو قضاء وقت أطول مع الأبناء، أو ممارسة هواية، أو الانشغال بعمل تطوعي.

يرتبط الازدهار ليس فقط بالرضا الداخلي وإنما بالتميز والنمو الإيجابي في بعد من أبعاد الحياة. وهذا الجانب هو ما يمكن قياسه إما بالمقارنة بالآخرين أو بمقارنة الفرد بنفسه قبل وبعد حدوث نتيجة معينة، وبدون هذا المحك باعتباره صيغة لما يراه الفرد أنه الأفضل له يصبح مفهوم الازدهار مفهومًا لا ينطبق إلا على الخاصة فقط. لكن من خلال المبدأ الثنائي للازدهار (ذاتيًا - موضوعيًا) الذي يمكن تطبيقه على التميز أو النمو الإيجابي ، فإن كل فرد يمكن أن يزدهر لكن هناك أفرادا أكثر قدرة على الازدهار لأنهم أفضل من غيرهم في مجالات معينة.

مؤشرات الازدهار عند المراهقين:

بمقارنة ثراء البحوث عن السلوكيات السلبية ومخاطر المراهقة، بما يقابلها عن النمو الجيد والكفاءة، نجد أن هناك ندرة في البحوث حول الازدهار في المراهقة. إن التوجه السائد سواء من العامة أو الباحثين نحو الشباب يسوده الاهتمام بتحديد السلوك السلبي ومحاولة الحد منه، وفي أحسن الأحوال تنمية الأداء المناسب أو الكفء بين الشباب (٤) (٤١) (٤٤). لقد بدأت المناقشات حول الازدهار لكنها ليست متبلورة،

وهناك صعوبة في الاتفاق حول ما يمثل أو يكون الازدهار سواء بين المتخصصين أو العامة، يقابله اتفاق على ما يمثل سلوكيات الخطر التي يفضل الحد منها في المراهقة[١].

بدون شك إن هذه الصعوبة النسبية ترجع إلى أن مبدأ أو فكرة الازدهار تمتد جذورها أكثر في الرؤية الأخلاقية والأطر الثقافية العالمية مقارنة بالأفكار حول الخطر (٤٧). مثال: التورط في العنف أو التدخين يعد مصدر خطر داهم بالنسبة للشباب ويمكن أن يقتلهم، هذه التأثيرات الضارة موضع تقدير بصرف النظر عن الإطار الثقافي أو التوجه القيمي (الأخلاقي). لكن التعبير عن القدرة القيادية أو النجاح الشخصي قد لا يكون موضع تقدير داخل الثقافة أو التوجه الأخلاقي، الذي يقيم إنكار الذات وتناغم الجماعة بدرجة أكبر. وهكذا فأي تصنيف لمؤشرات الازدهار يعكس بالضرورة إطاراً ثقافياً وقيمياً معيناً ويحتمل ألا يكون عالمياً بالمقارنة بتصنيفات الخطر أو الكفاءة الأساسية.

بالإضافة فإن تعريفات الازدهار تتغير بتغير السن، على الرغم من أن معظم الدراسات في هذا الفصل عن المراهقة، فإن الإطار الذي يتناول الازدهار لابد وأن يتضمن بناءات تمتد من المراحل المبكرة، وكذلك بناءات خاصة بمراحل نمائية معينة كي يحقق الفائدة. مثال: قد تكون هناك مؤشرات عن الازدهار تتناسب مع مرحلة المراهقة، لكن ليس للطفولة المتوسطة، مثل وجود علاقة صداقة بالجنس الآخر. وفي نفس الوقت فإن المؤشرات الصادقة عن الازدهار في المراهقة قد تتضمن بعض المؤشرات التي نعتبرها

(١) هناك استثناءات خاصة مثل صدور عددين خاصين من مجلة بحوث المراهقة .Joumal of Adolescent Research واحدة منهما تتناول المظاهر الإيجابية للمراهقة(١). والأخرى تدعو لسياسة اجتماعية للشباب تركز على النواتج الإيجابية بقدر تركيزها على النواتج السلبية (٣٢). وتحقيقاً لهذا الهدف قام مركز شابين ومؤسسة اتجاهات الأطفال التابعين لجامعة شيكاجو بالتعاون مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بعقد مؤتمر في عام ٢٠٠٢ دعت إليه القيادات الرسمية، وكان يهدف لوضع مؤشرات إيجابية لنمو الشباب. مثل هذه المؤشرات إذا ما أضيفت إلى البيانات الرسمية الخاصة بالشباب سوف تساعد متخذي القرار فيما يتعلق بالقرارات الخاصة بالسياسات والبرامج الموجهة للأطفال والأسر. لكن الأمثلة التي تنتهج المنحى الإيجابي سواء في الدراسة أو توجيه السياسة، التي تتجاوز رصد السلوك السلبي أو السلوك المناسب للشباب (لا تتناول الازدهار) محدودة للغاية.

مؤشرات نمائية صادقة عن الازدهار في الطفولة المتوسطة. ومثال لذلك إقدام الشباب على مساعدة الغير. إن البنود التي تستخدم لقياس مؤشر مساعدة الغير قد تختلف باختلاف هاتين المرحلتين النمائيتين. لكن جوهر السلوك الاجتماعي باعتباره مؤشرا للازدهار لا يختلف. مثال: قد تتوقع أن يتطوع المراهقون لخدمة المجتمع بصورة رسمية أكثر مؤشرا للازدهار، في حين تتوقع أن تكون مساعدة الأطفال الصغار مساعدات غير رسمية يقدمونها لأصدقائهم وجيرانهم.

لقد قام معهد البحوث بدراسة سبعة مؤشرات للازدهار بين المراهقين: النجاح المدرسي، مساعدة الغير، تقدير وتقبل الاختلاف، القيادة، التغلب على المصاعب، الحفاظ على الصحة، تأجيل الإشباع. وقد تم اختيار هذه المؤشرات لسببين أساسيين: الأول، كثرة البحوث التي تشير إلى ارتباط هذه المؤشرات بنواتج إيجابية متعددة سواء جسمية أو اجتماعية أو وجدانية، أو نفسية، أو معرفية سواء داخلية أو خارجية، وأن هذه الارتباطات الإيجابية يتكرر ظهورها لدى جماعات تتنوع في الجنس والعرق والمستوى الاجتماعي الاقتصادي (٤٥). ثانيًا: هذه المؤشرات- الدالة على الازدهار- مجتمعة تشير إلى أن المراهقين قد حققوا على الأقل بصورة مناسبة وقد تكون بصورة متميزة عددًا من المهام النمائية، التي تعتبر مهمة بالنسبة للشباب بصرف النظر عن الخلفية الثقافية، وهذا يتضمن تنمية قدراتهم العقلية وإحساسهم بالانتماء ، وقدرتهم على اكتشاف وتوسيع عالمهم والحد من المخاطر التي تعترضهم، وقدرتهم على المثابرة والنجاح بصرف النظر عن التحديات (٤٣). مثل هذه المؤشرات تتفق مع ما يمكن اعتباره محكات أولية لمؤشرات النمو الإيجابي للمراهقين (٥٢): تحقيق الكفاءة الاجتماعية المطلوبة لأدوار الراشدين ومسئولياتهم، هذا المحك الواسع يتضمن أن يكون الفرد متعلمًا وعاملاً ومنتجًا، إنسان يستطيع أن يحافظ على أسلوب حياة سليمة، ويكون عضوًا في أسرة يوليها اهتمامه ورعايته، ويكون مواطنًا مندمجًا في مجتمعه بكل أطيافه.

تبنى النمو الإيجابى: مجتمعات متيقظة للنمو[1]

يتعلق البعد الأخير بالطريقة التي يتم بها تحقيق النمو الإيجابي والتواؤم، من منظور الصمود الشائع في نظم لدعم بناء الصمود، حيث تكون من خلال برامج التدخل والوقاية ذات الأساس العلمي، وذلك من خلال الحد من عوامل الخطر وزيادة عوامل الحماية (٣٤)، وتوضح النظرية الثلاثية[2] (٣٠) لتنمية الصمود هذا الهدف باقتراح استراتيجيات تمنع أو تقلل الخطر والضغوط، واستراتيجيات تحسن كمية ونوعية المصادر والمقومات، واستراتيجيات تقوي نظم التوافق الإنسانية الأساسية (الوظائف المعرفية، علاقات التعلق). توجه برامج التدخل وبرامج الوقاية نحو عوامل الخطر وعوامل الوقاية في مجالات متعددة من أجل تبني الصمود والنمو الإيجابي وتحقيق نتائج جيدة (٥٧) (١٣).

أما من منظور مقومات النمو فإن البرامج مهمة لكنها ليست الاستراتيجية الوحيدة في تيسير النواتج السليمة للشباب. فالبرامج وحدها لا تستطيع أن تقدم الدعم أو الفرص أو العلاقات التي يحتاج إليها الشباب(١٣) (٥٧) فهذا العمل يتطلب استراتيجية أوسع؛ حيث تقوي مجالات متعددة في حياة الشباب فتنمي العوامل التي تحافظ وتدعم النمو الإيجابي لكل الشباب (٨) (١٥) (٥٤).

إن إحدى الطرائق لرؤية هذا المنحى الأوسع تكون من خلال مفهوم "مجتمعات متيقظة للنمو"، هذا التصور للمجتمع تمتد جذوره في الاستراتيجيات التي تحدد مسارات التصرف (السلوك)[3] ذات الدعم المتبادل، وتهدف إلى أن تجعل من المجتمع مكان لتحسين نمو الشباب. من خلال دراستنا لنماذج التغير في المجتمع ومن خلال ملاحظتنا لمبادرات المئات من المجتمعات التي تستخدم الإطار (مقومات النمو)، تمكنا

---

(1) Fostering Positive Development: Developmentally Attentive Communities

(2)Tripartite typology وتتضمن الجانب المعرفي والوجداني والسلوكي

(3) Lines of action.

من تحديد خمسة مكونات، الشكل (١٧-٢) وهي التي يمكن أن تحول المجتمعات إلى أماكن أكثر تيقظًا للنمو، أي أماكن تبذل جهودًا مقصودة لتبني النمو السليم لأطفالها ومراهقيها. ويقع في بؤرة هذا المنحى المتعدد الأوجه تعبئة الشباب الصغار حتى يصبح أكثر انشغالاً واندماجًا في الأنشطة المجتمعية. وهذا يعكس تأكيد البعض من منظور إيجابي يرى الشباب باعتبارهم مصادر وباعتبارهم مساهمين في بيئاتهم (١٦) (٢٣) (٥٨)، وهناك استراتيجية ثانية وهي تنشيط قطاعات المجتمع المتنوعة، أي المنظمات والمؤسسات وغيرها من الأجهزة التي يمكنها أن تحسن نمو الشباب بما في ذلك المدارس والأسر والمنظمات والجيرة والمؤسسات الدينية ومنظمات الشباب، إن تجميع الأجهزة المتنوعة للمجتمع حول النمو الإيجابي للشباب يقدم للشباب رسائل وخبرات متكررة حول قيمتهم في المجتمع (٤٤). وهناك استراتيجية ثالثة، وهي مشاركة الكبار وهذا يشير إلى الراشدين سواء في أدوارهم الرسمية بوصفهم مواطنين، أو قادة، أو أعضاء، أو متخذي قرار ممن يمكنهم التأثير في القطاعات المختلفة، وأيضًا بوصفهم أفرادا قادرين، من خلال أفعالهم وأقوالهم، على بناء المقومات الإيجابية للشباب.

إن دور المنتور يصور بشكل رسمي هذه المشاركة، لكن التفاعلات غير الرسمية ذات أهمية أيضًا (٢٤)، حين يعبر كثير من الراشدين عن احترامهم وتقديرهم للشباب، وحين يسعون بجدية لمعرفتهم، فسوف يصبح المجتمع أكثر ترحيبًا أو أكثر دفعًا للنمو. رابعًا أن التأثير في القرارات المدنية ضروريا سواء في تحسين أنشطة المجتمع أو المحافظة عليها.

أخيرًا المكون الأخير (الخامس) "للمجتمع المتيقظ للنمو" وجود برامج فعالة، كما لاحظنا سابقًا أن البرامج تتوفر فيها إمكانية تغيير جوانب النمو اللاتوافقي، والواقع أن الشواهد تشير إلى أنه بدون تغيير البيئة التي يعيش فيها الشباب تغييرًا حقيقيًا فسوف يكون التأثير متواضعًا سواء على المدى القصير أو الطويل، وهو ما يذكر عند عرض البرامج الوقائية (١٦). وهذا يطرح فرضًا وسيطًا مثيرًا للاهتمام: هل يزداد تأثير برنامج ثبتت مصداقيته حين يطبق في مجتمع تتوفر فيه المكونات الخمسة السابقة؟

يمكن طرح مثل هذا السؤال حين نبدأ في التفكير فيما أبعد من نماذج البرامج باعتبارها الجهد الوحيد المقصود والمخطط للتأثير في النمو، والبدء في الاعتراف بالدور القومي الذي يمكن للمجتمع أن يلعبه حين تتجمع الجهود حول الشباب.

جدول (١٧-٢) استراتيجيات معهد البحوث الخمسة من أجل مجتمع متيقظ للنمو:(١)

(١) **مشاركة الراشدين** : يشترك الكبار من كل مسارات الحياة لينموا علاقات تبني القوى مع الأطفال والمراهقين، سواء داخل الأسرة أو في الجيرة.

* يحتاج الشباب أن يعترف الكبار بهم ويدعموهم ويتواصلوا معهم. إنهم يحتاجون هذه الأشياء من الكبار الذين لا يتواصلون مع الشباب بصورة مهنية؛ أي يتواصلون مع الشباب تحت ضغط مسئوليات العمل مثل المعلمين أو المرشدين.

* كذلك انشغال الآباء ليقوموا ببناء المقومات وتأكيد الطرق المتعددة لبناء المقومات، لما لها من أهمية كبرى تشتق من دورهم المحوري في حياة الأطفال.

(٢) **تعبئة الشباب**: عبئ الشباب ليستخدموا قوتهم باعتبارهم بناة للمقومات وفاعلين في التغيير.

* يشعر كثير من الشباب أن الكبار لا يقدرونهم، وكثير منهم يرى أن مجتمعاتهم لا تسند لهم أدواراً مفيدة، لابد أن يصبح من الطبيعي في كل مكان يجمع الشباب والأطفال أن تطلب مساهمتهم وآرائهم، وأن يشتركوا في اتخاذ القرار وأن يعاملوا باعتبارهم أشخاصاً مسئولين وشركاء في جهود بناء المقومات.

* من المهم أيضاً مساعدة الشباب أن يستفيدوا مما لديهم من قوة لبناء المقومات لأنفسهم، ولزملائهم، وللأطفال الأصغر.

(1) Search Institute's Five Action Strategies for a developmentally Attentive community.

(٣) **تنشيط القطاعات:** تنشيط جميع القطاعات في المجتمع، مثل المدارس والأطفال والشباب، ورجال الأعمال والخدمات الإنسانية، ومنظمات الرعاية الصحية، لخلق ثقافة بناء المقومات والمساهمة بصورة كاملة في نمو الشباب نمواً سليماً.

* الشباب بوصفهم عملاء، أو عاملين، أو شركاء، أو مرضى، في كل هذه الأدوار هم أعضاء في المجتمع شأنهم شأن الكبار، وبالتالي فإن كل القطاعات لديها الفرصة لتتعرف على حاجات الشباب، وتحدد الطرق المتعددة التي تدعم من خلالها تحقيق نمواً سليماً لهم.

(٤) **تقوية البرامج:** نشط ووسع وحسن البرامج لتصبح ثرية بمقومات النمو ومتاحة ومستخدمة من جميع الأطفال والشباب.

* على الرغم من أن معظم بناء المقومات يحدث في الحياة اليومية والتفاعلات غير الرسمية، فإن البرامج التي يأخذ الشباب فيها دوراً لابد أن يكون بناء المقومات فيها مقصوداً. لابد أن تكون فرص التدريب والتكنولوجيا والاتصال متاحة في هذه البرامج.

(٥) **التأثير في القرارات المدنية:** التأثير في متخذي القرار وقادة الرأي لزيادة الموارد المالية والإعلامية والسياسية؛ لتساعد هذا التحول الإيجابي للمجتمعات المحلية والمجتمع الكبير.

سياسات المجتمع بأسره، ورسالته، وأولوياته لا تشكل إدراك الناس للشباب فقط، لكنها تدفع وتساعد الأفراد والمؤسسات والقطاعات المختلفة لتجعل بناء المقومات أولوية دائمة.

يتضح من هذا النموذج افتراضنا أن البرامج ليست غير كافية لتحسين النمو الإيجابي لدى جماعات كثيرة من الشباب فقط، وإنما أن الشباب لا يمكن أن يكونوا وحدهم المستهدفين للتغيير، فالراشدون أيضاً مستهدفون للتغيير مثل الشباب إن لم يكن أكثر منهم، فما لم يعتقد الراشدون أن لديهم الإمكانات للعب دور مهم في حياة

الشباب، فإن معظم العمل الذي تم وصفه في هذا الفصل لن يتحقق. وهكذا فإن الاستراتيجيات والافتراضات التي تنبثق من دراستنا لا تركز على تثبيت أو تغيير سلوك الشباب بقدر ما تركز على التأثير في الاتجاهات والإدراكات، وسلوكيات الراشدين نحو الشباب (٤).

لا يوجد نموذج واحد يمكنه أن يحقق ويحافظ على بناء المقومات والمحافظة عليها على مستوى المجتمع، فكل مجتمع لديه خليط من القوى والتاريخ والجهود لتخطيط وتطبيق مبادرته لبناء المقومات، لكن هناك ديناميات ضرورية نوجزها فيما يلي:

* **بناء رؤية مشتركة:** دعوة أعضاء المجتمع لتحديد رؤية مشتركة للمجتمع الغني بالمقومات والحفاظ على حيويتها. تنمية رؤية مشتركة لكل المجتمع تتركز على زيادة قاعدة المقومات لجميع الأطفال والمراهقين، معرفة أن الوصول لهذا الهدف لن يتحقق في عجالة ولن يتحقق بظهور فكرة جديدة واحدة أو برنامج واحد جديد، وإنما يتطلب التزامًا لمدة طويلة، وتغييرات متعددة ومترابطة، وحماس للرؤية المشتركة يضمن استمرار الجهود المبذولة.

* **جند أبطال[1] وابنِ شبكة علاقات بينهم:** غذِّ العلاقات مع الأفراد الذين لديهم الحماس لنشر الفكرة والمساعدة على تحويل الرؤية إلى واقع فعلي، اخلق فرصًا لهؤلاء الأبطال ليتعلموا من بعضهم البعض، ويدعموا بعضهم البعض ويلهموا بعضهم البعض.

* **تواصل:** انشر المعلومات ونظم الندوات، واستخدم الإعلام لرفع الوعي حول بناء المقومات والجهود المحلية، وشارك مع المجتمع في خبرات الشباب، أكد قدرة كل أعضاء المجتمع، بما في ذلك الشباب، على بناء المقومات.

* **قوِّ الإمكانات،** قدم برامج تدريب ومساعدات فنية، ورعاية وأدوات وغيرها من المصادر التي تساعد الأفراد والمؤسسات في جهود بناء المقومات.

---

(1) Champions.

* **تأمل وتعلم واحتفل**، تأمل التقدم الراهن والتحديات الراهنة وتعلم منها، فكثير من الأفراد والأماكن والبرامج تبني المقومات، ألقِ الضوء وثمن جهود بناء المقومات في المجتمع.
* **وفر الإدارة والتنسيق**: صمم الجداول والميزانيات وغيرها من الأعمال الإدارية ونسق بينها.

مجتمعات بناء المقومات[1] تحرك الأفراد والمؤسسات والمنظمات والنظم لكي تقوم بدور فعال من أجل فهم مشترك للنمو الإيجابي. إن إعادة بناء البنية التحتية للنمو وتقويتها في المجتمع ليست مجرد برنامجًا تديره جماعة من المتخصصين، إنها حركة تخلق إحساس بالهدف المشترك لدى المجتمع كله، إنها تضع المواطنين والقادة في فريق واحد يتحركون في اتجاه واحد ويخلقون ثقافة يتوقع من أعضائها أن يحسّنوا النمو الإيجابي للأطفال والشباب بقوة عضويتهم في المجتمع.

خاتمـــــة :

كما يشير هذا العرض فإن هناك اتفاقًا كبيرًا بين إطار مقومات النمو و نماذج الصمود ، كلا المنحيين يحدد مصادر متنوعة من مدعمات النمو عبر أيكولوجيات متعددة لتدعم الأداء والتوافق والنمو الأمثل ، وبالمثل فإن المنحيين يقدمان أفكاراً ومبادئًا تتعلق بتصور نواتج النمو الإيجابى للشباب ، وكلاهما يؤكد أهمية البرامج باعتبارها آلية لتحسين الاتجاهات والسلوكيات السليمة .

وحيث إن إطار مقومات النمو يختلف عن منحى البرامج، فإن مداه ومترتباته أكثر اتساعًا. فهذا العمل يمثل نقلة تبتعد عن قصر الاعتماد على الجهود الوقائية والتدخلية، وتتجه إلى تعبئة وتحريك الأفراد والمنظمات فى المجتمع لخدمة النمو الصحى للشباب ،

(1) Asset - building communities.

وهذا ليس عملاً سهلاً أو بسيطًا ، فأبسط الأمور أن المجتمع باعتباره وحدة لا يمكن التحكم فيه مقارنة ببرنامج يمكن التحكم فى تصميمه . نظرًا لقلة البحوث التى تتناول دراسة دور التأثير المقصود على الصحة و حسن الحال للشباب. إن مناقشة تعبئة المجتمع ككل لا يقصد منها أن تكون بديلاً يحل محل البرامج ، فأحد مترتبات نموذج المقومات أن البرامج القوية الفعالة مكونًا ضروريًا فى المجتمع المتيقظ للنمو وأن البرنامج مكمل مهم للمناحى الخاصة بالتنمية الإيجابية للشباب (١٤) (٣٢) (٥٨) .

و مع ذلك فإذا كانت الفوضى المتنامية فى البيئات المختلفة فى الحياة اليومية التى يعيشها البشر تعوق أو تثبط تكوين واستقرار العلاقات والأنشطة اللازمة للنمو النفسى ، فإن العمل نحو استعادة البناء و القصدية فى هذه البيئات تحت مظلة النمو الإيجابي للشباب يقدم منحى واعدًا لزيادة النواتج النمائية للشباب (١٢).

REFERENCES

1- Adams, G. R. (2001). Positive aspects of adolescence—part II. *Journal of Adolescent Research, 16*, 427–428.

2- Barber, B. K., & Olsen, J. A. (1997). Socialization in context: Connection, regulation, and autonomy in the family, school, and neighborhood, and with peers. *Journal of Adolescent Research, 12*, 287–315.

3- Belsky, J., & Fearon, R. M. P. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology, 14*, 293–310.

4- Benson, P. L. (1997). *All kids are our kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass.

5- Benson, P. L. (2003). Developmental assets and asset-building community: Conceptual and empirical foundations. In R. M. Lerner & P. L. Benson (Eds.), *Developmental assets and asset-building communities* (pp. 19–43). New York: Kluwer Academic/Plenum.

6- Benson, P. L., Leffert, N., Scales, P.C., & Blyth, D. A. (1998). Beyond the "village" rhetoric: Creating healthy communities for children and adolescents. *Applied Developmental Science, 2*, 138–159.

7- Benson, P. L., & Pittman, K. J. (2001). *Trends in youth development: Visions, realities and challenges*. Boston: Kluwer Academic.

8- Benson, P. L., & Saito, R. N. (2001). The scientific foundations of youth development. In P. L. Benson & K. J. Pittman (Eds.), *Trends in youth development: Visions, realities, and challenges* (pp. 135–154). Norwell, MA: Kluwer Academic.

9- Benson, P. L., Scales, P. C., Leffert, N., & Roehlkepartain, E. R. (1999). *A fragile foundation: The state of developmental assets among American youth*. Minneapolis: Search Institute.

10- Benson, P. L., Scales, P. C., & Mannes, M. (2002). Developmental strengths and their sources: Implications for the study and practice of community building. In R. M. Lerner, F. Jacobs, & D. Wertlieb (Eds.), *Handbook of applied developmental science, Vol. 1: Applying developmental science for youth and families: Historical and theoretical foundations* (pp. 369–406). Newbury Park, CA: Sage

11- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

12- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Series Ed.), & R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993–1028). New York: Wiley.

13- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention and Treatment, 5*.

14- Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Berglund, M. L., Pollard, J. A., & Arthur, M. W. (2002). Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? *Journal of Adolescent Health, 31*, 230–239.

15- Connell, J. P., Gambone, M. A., & Smith, T. J. (2001). In P. L. Benson & K. J. Pittman (Eds.), *Trends in youth development: Visions, realities, and challenges* (pp. 291–307). Boston: Kluwer Academic.

16- Eccles, J. S., & Gootman, J. A. (Eds.) (2002). *Community programs to promote youth development*. Washington, DC: National Academy Press.

17- Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Vol. 3. Children as psychiatric risk* (pp. 77–97). New York: Wiley.

18- Hamilton, S. F., Hamilton, M. A., & Pittman, K. J. (2003). Principles for youth development. In S. F. Hamilton & M. A. Hamilton (Eds.), *The youth development handbook: Coming of age in American Communities* (pp. 3–22). Thousand Oaks, CA: Sage.

19- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64–105.

20- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychological Bulletin, 48*, 2117–2126.

21- Keating, D., & Hertzman, C. (Eds.). (1999). *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological, and educational dynamics*. New York: Guilford.

22- Leffert, N., Benson, P. L., Scales, P. C., Sharma, A. R., Drake, D. R., & Blyth, D. A. (1998). Developmental assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science, 2*, 209–230.

23- Lerner, R. M., Brentano, C., Dowling, E. M., & Anderson, P. M. (2002). Positive youth development: Thriving as the basis of personhood and civil society. In R. M. Lerner, C. S. Taylor, & A. von Eye (Eds.), *New directions for youth development: Pathways to positive development among diverse youth, No. 95* (pp. 5–33). San Francisco: Jossey-Bass.

24- Lopez, S. J., & McKnight, C. G. (2002). Moving in a positive direction: Toward increasing the utility of positive youth development efforts. *Prevention & Treatment, 5*.

25- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543–562.

26- Masten, A. S. (1999a). The promise and perils of resilience research as a guide to preventive interventions. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 251–257). New York: Plenum.

27- Masten, A. S. (1999b). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 282–296). New York: Plenum.

28- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*, 227–238.

29- Masten, A. S., & Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology, 12*, 529–550.

30- Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74–88). New York: Oxford University Press.

31- Pittman, K., Diversi, M., & Ferber, T. (2002). Social policy supports for adolescence in the twenty-first century: Framing questions. *Journal of Research on Adolescence, 12*, 149–158.

32- Pittman, K. J., Irby, M., & Ferber, T. (2001). Unfinished business: Further reflections on a decade of promoting youth development. In P. L. Benson & K. J. Pittman (Eds.), *Trends in youth development: Visions, realities, and challenges* (pp. 3–50). Boston: Kluwer Academic.

33- Resnick, M. D. (2000). Protective factors, resiliency, and healthy youth development. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 11*(1), 157–164.

34- Rolf, J. E., & Johnson, J. L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 229–249). New York: Plenum.

35- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Vol. 3. Social competence in children* (pp. 49–74). Hanover, NH: University Press of New England.

36- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 651–682). New York: Cambridge University Press.

37- Sameroff, A. J. (1999). Ecological perspectives on developmental risk. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH handbook of infant mental health: Vol. 4. Infant mental health groups at risk* (pp. 223–248). New York: Wiley.

38- Sameroff, A. J., Bartko, W. T., Baldwin, A., Baldwin, C., & Seifer, R. (1999). Family and social influences on the development of child competence. In M. Lewis & C. Feiring (Eds.), *Families, risk, and competence* (pp. 161–186). Mahwah, NJ: Erlbaum.

39- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 135–159). New York: Cambridge University Press.

40- Sameroff, A. J., Seifer, R., & Bartko, W. T. (1997). Environmental perspectives on adaptation during childhood and adolescence. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Ciccetti, & J. R. Weisz (Eds.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 507–526). New York: Cambridge University Press.

41- Scales, P. C. (2001). The public image of adolescents. *Society, 38*, 64–70.

42- Scales, P. C., & Benson, P. L. (2004). Thriving in adolescence. In R. M. Lerner (Ed.), *Applied developmental science encyclopedia*. Thousand Oaks, CA: Sage.

43- Scales, P. C., Benson, P. L., Leffert, N., & Blyth, D. A. (2000). Contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Applied Developmental Science, 4*, 27–46.

44- Scales, P. C., Benson, P. L., Mannes, M., Roehlkepartain, E. C., Hintz, N. R., & Sullivan, T. K. (2003). *Other people's kids: Social expectations and American adults' involvement with children and adolescents*. New York: Kluwer/Plenum.

45- Scales, P. C., & Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development*. Minneapolis: Search Institute.

46- Scales, P. C., & Roehlkepartain, E. C. (2003). Boosting student achievement: New research on the power of developmental assets. *Search Institute Insights & Evidence, 1*(1), 1–10. Available from www.search-institute.org/research/Insights.

47- Scales, P. C., Sesma, A., Jr., & Bolstrom, B. (2004). *Coming into their own: How developmental assets promote positive growth in middle childhood*. Minneapolis: Search Institute.

48- Search Institute. (2001). *Developmental assets: A profile of your youth*. Minneapolis: Author.

49- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5–14 (special issue on Happiness, Excellence, and Optimal Human Functioning).

50- Sesma, A., Jr., & Roehlkepartain, E. C. (2003). Unique strengths, shared strengths: Developmental assets among youth of color. *Search Institute Insights & Evidence, 1*(2), 1–13. Available from www.search-institute.org/research/Insights.

51- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Farrington, D. P., Zhang, Q., van Kammen, W., & Maguin, E. (1993). The double edge of protective and risk factors for delinquency: Interrelations and developmental patterns. *Development and Psychopathology, 5*, 683–701.

52- Takanishi, R., Mortimer, A. M., & McGourthy, T. J. (1997). Positive indicators of adolescent development: Redressing the negative image of American adolescents. In R. M. Hauser, B. V. Brown, & W. R. Prosser (Eds.), *Indicators of children's well-being* (pp. 428–441). New York: Russell Sage Foundation.

53- Taylor, C. S., Lerner, R. M., von Eye, A., Balsano, A. B., Dowling, E. M., Anderson, P. M. et al. (2002). Individual and ecological assets and positive developmental trajectories among gang and community-based organization youth. In *new directions for youth development: Pathways to positive development among diverse youth, no. 95* (pp. 57–72). San Francisco: Jossey-Bass.

54- Villaruel, F. A., Perkins, D. F., Borden, L. M., & Keith, J. G. (2003). *Community youth development: Programs, policies, and practices*. Thousand Oaks, CA: Sage.

55- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

56- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1993). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.

57- Weissberg, R. P., & Greenberg, M. T. (1998). School and community competence enhancement and prevention programs. In W. Damon (Ser. Ed.) & I. E. Siegel & K. A. Renninger (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology*, 5th ed. (Vol. 5, pp. 877–954). New York: Wiley.
58- Whitlock, J. L., & Hamilton, S. F. (2003). The role of youth surveys in community youth development initiatives. *Applied Developmental Science*, 7, 39–51.

الفصل الثامن عشر

قوة تأثير الوالدية

روبرت بروكس

لقد ركزت جهودي لأكثر من ٢٠ عامًا في دراسة ما للوالدين من تأثير على تنمية الأمل وتقدير الذات والنظرة التفاؤلية لدى أطفالهم (٤) (٥) (٦). سوف أركز في هذا الفصل على بعض الخطوات التي يمكن للآباء أن يتخذوها في ممارساتهم اليومية لتدعيم الصمود في التوجه العقلي[1] وأسلوب الحياة لدى أطفالهم. قبل أن نصف الخصائص التي تميز هذا التوجه العقلي والاستراتيجيات التي تقويه لدى الصغار، سوف نطرح سؤالين أعتقد أنهما ضروريان: (١) ماذا نعني بمفهوم الصمود ؟ (٢) هل للآباء تأثير قوي حقيقة على تنمية الصمود لدى أطفالهم؟

ما الصمود؟

يمكن فهم الصمود باعتباره قدرة الطفل على التعامل بكفاءة مع الضغوط والكروب، ومواجهة التحديات اليومية والنهوض من العثرات التي تسببها خيبة الأمل والأخطاء والصدمات والمحن، وأن يضع لنفسه أهدافًا واقعية واضحة، وأن يحل المشكلات، وأن يتفاعل بيسر مع الآخر، وأن يعامل نفسه والآخر باحترام ورفعة (٥).

(1) Resilient Mindset.

بدأت دراسة الصمود في الدوائر العلمية بدراسة الأطفال الذين تغلبوا على الصدمات والصعاب (١) (٣) (١٢) (١٣) (١٩) (٢٢) (٢٧). وقد طرح كثير من الباحثين والإكلينيكيين قضايا مهمة، مثل: هل من الحتمي أن يواجه الطفل محنة حتى نعتبره يتصف بالصمود، أم أن الصمود يظهر في النهوض من المحنة ، أو أن سببه المحنة؟ (الفصل الثالث من هذا المجلد يناقش هذه القضايا).

يرى البعض أن مفهوم الصمود يجب أن يتسع لينطبق على كل الأطفال ولا يقتصر على من مر بمحنة، (٥) (٦) فكل الأطفال يمرون بتحديات وضغوط خلال مراحل نموهم، حتى الأطفال الذين لا يصنفون باعتبارهم في خطر فإنهم قد يتعرضون لمواقف تضعهم في فئة الأطفال في خطر، وهذا ما يحدث حين يفقد طفل ما أحد والديه أو كليهما فجأة. يجب أن نفهم أن تنمية الصمود مكون حيوي في عملية الرعاية الوالدية لجميع الأطفال سواء من مروا بمحنة أم لا.

هناك من اختصاصي الصحة النفسية (٢) من وسع مفهوم أو مجال الصمود ليتجاوز النهوض من العثرة، فكل فرد يحتاج إلى الصمود وفيما يلي نص ذلك:

> الصمود هو الاستجابة بأسلوب صحي ومنتج عند مواجهة صدمة أو محنة ، وهو ضروري لتدبر ضغوط الحياة اليومية، إن مهارات الصمود مهمة في إثراء حياة الإنسان لكي يتعافى من عثرات الحياة.

لقد شجعنا التعريف الشمولي للصمود الذي يضم كل الصغار أن نتبنى الممارسات الوالدية الضرورية لإعداد الأطفال للنجاح والرضا في مستقبل الحياة. المبدأ الموجه في كل تفاعل بين الآباء والأبناء يجب أن يكون تنمية وتقوية قدرات الطفل على مواجهة تحديات الحياة بتمعن وتفكر وثقة وهدف واضح ، ومسئولية وتفهم للآخر وأمل، وهذه الخصائص تندرج تحت مفهوم الصمود. إن تنمية توجه عقلي يتسم بالصمود، الذي سوف نتناوله بالوصف التفصيلي في هذا الفصل، لا تنطلق جذوره من المحن التي يمر بها الطفل، إنما تنطلق من مهارات خاصة واتجاهات إيجابية يدعمها القائمون برعايته.

هل للآباء تأثير قوى علي تنمية الصمود لدي أطفالهم ؟

قد يعجب من لديهم قناعة شديدة بتأثير الآباء على نمو الأطفال ونمو الصمود لديهم، من اعتبارنا أن طرح هذا التساؤل ضرورة علمية، وعلى أي حال فإن الإجابة على هذا التساؤل ليست قاطعة كما قد يعتقد البعض (١٠). فقد تبين من الأجهزة العلمية الحديثة والمتقدمة تأثير الجينات والأنماط السلوكية والتواؤمية والمعرفية على شخصية الراشد، وترتب على ذلك تساؤل كثير من الباحثين حول درجة تأثير الآباء على نمو أطفالهم (١١) (٢٠).

في كتاب[1] "فرضية عوامل البيئة" قدمت الكاتبة أدلة تشير إلى أن البيئة الممتدة خارج المنزل وخاصة تأثير الرفاق تفسر الجانب الأكبر من الفروق غير الجينية في السمات السلوكية الإنسانية. ورغم تقدير البعض لهذه المساهمة العلمية فإن كثيراً من المتخصصين وجهوا لها انتقادات شديدة حيث فسروا ما توصلت إليه من آراء بأنه يوحي بأن دور الآباء ثانوي وغير مؤثر في حياة أطفالهم (٢٠). ومن منظور آخر يمكن تفسير آراء الكاتبة ليس باعتبارها إلغاء لتأثير الآباء، إنما باعتبارها دعوة لمزيد من الدقة في فهم تأثيرهم على أطفالهم في حاضر الحياة ومستقبلها. في تحليل (٢٠) لعدد من الدراسات التي تناولت توائم متماثلة وغير متماثلة، تربوا معًا أو منفصلين، وانتهت إلى أن القضية ليست فيما إذا كان للآباء دوراً في حياة أطفالهم أم لا لأن للآباء دور مهم في حياة أطفالهم، لكن مع الزمن لا يبدو أن لسلوك الآباء تأثير دال على ذكاء الأطفال وشخصياتهم. ويتخذ بعض الباحثين موقفًا مخالفًا تمامًا، حيث يرون أن ارتباط الطفل وعلاقته بمن يرعاه محدد أساسي في صحته النفسية وتوافقه.

إن موقف الكاتب في هذا الفصل أنه حتى ولو كان ما نعزوه لتأثير الآباء من خصائص شخصية لدى الأطفال محدوداً من المنطق الإحصائي مقارنة بما كنا نعتقده، فإن هذا التأثير هو المحدد لنجاح الطفل أو فشله في المدرسة، وبناء علاقات ناجحة

(1) The Nurture Assumption.

بالأقران، أو التغلب على صعوبة نمائية أو سلوكية. فالآباء لهم تأثير كبير في حياة أطفالهم، إن البيانات التي توحي أن الأسلوب الوالدي يلعب دوراً محدوداً في ذكاء الأطفال ونمو شخصياتهم لا يكف عن مطالبة الآباء بتحمل مسئولياتهم نحو تنشئة أطفالهم بأساليب إنسانية وأخلاقية وروحانية. تؤدي نوعية العلاقة اليومية بين الأطفال والآباء لفروق حاسمة في سلوك الأطفال وتوافقهم. وفي الفصل العاشر من هذا المجلد يشير الباحثون إلى (٢٥) أن "نمو الصمود والتوافق الصحي لدى الأطفال إنما يتحقق من خلال الممارسات الأسرية الدافئة".

ولا يثير دهشتنا أننا حين يكون السلوك غير مناسب أو مسيء فإن دور تأثير الآباء لا يثير الجدال حيث يتفق الجميع على مسئوليتهم، أما في حالة السلوك الإيجابي الحميد فإنه يثير جدالاً قوياً. ففي الفصل التاسع من هذا المجلد ركز الكاتب على التأثير المدمر على جودة حياة الطفل ونضجه الوجداني في حالة إصابة أحد الوالدين أو كليهما باضطراب عقلي أو في حالة ممارستهما للعنف. بعض الباحثين (٢٠) يدعمون التأكيد على أهمية السلوك الوالدي فيما يلي:

> يتزايد احتمال تعرض النشء لمشكلات نمائية إذا ما تعرضوا لعوامل خطر مثل الصراعات الأسرية، الانفصال بين الوالدين، عدم انتظام البيئة الأسرية، ممارسات والديه غير كفء، ضغوط، إصابة أحد الوالدين أو كليهما بالاكتئاب مقارنة بتوفر عوامل الوقاية والصمود ، وعليه لابد من الاهتمام بالعوامل الأسرية الواقية وعمليات الصمود الشخصية إلى جانب الحد من عوامل الخطر، وتشير بحوث الصمود إلى أن المساندة الوالدية في مساعدة الأبناء على تحقيق أحلامهم وأهدافهم في الحياة عامل واقٍ وأساسي.

ويلاحظ أحد الباحثين (٢٠) أن تربية الأطفال مسئولية أخلاقية قبل أي شيء، فليس من حق الآباء أن يعذبوا أطفالهم أو يوجهوا لهم الإهانات أو يحرموهم أو يهملوهم؛ لأن هذه أشياء سيئة يجب ألا تصدر من شخص راشد حيال طفل عاجز، ومن نفس المنطلق يرى(١١) باحث آخر أنه إذا كان الآباء لا يقبلون منطق المسئولية

الأخلاقية حيال أطفالهم، فلهم أن يفكروا في الآتي: كن لطيفًا مع طفلك في صغرك كي يكون لطيفًا معك في كبرك، في نفس المسار يذكر باحث (٢٠) آخر ما يلي:

هناك راشدون ناجحون مازال الغضب يهز كيانهم عندما يتذكرون قسوة آبائهم في طفولتهم، وآخرون تذوب قلوبهم حبًا عندما يسترجعون ما لاقوه من حنان وتضحية من أجل إسعادهم ، وهي خبرات قد ينساها الوالدان، لكن تظل حية في ذاكرة الأبناء، إذا لم يكن هناك أسباب أخرى غير ذكريات الأبناء الجميلة عن آبائهم لكانت هذه الذكريات سببًا كافيًا لحسن رعاية الآباء لأبنائهم.

ونظرًا لأن عملية النمو عملية معقدة، فإن تحديد نسبة تأثير الآباء على الأبناء يصبح أمرًا غير وارد، وكما ورد في الفصل الرابع من هذا المجلد: أن التساؤل حول مدى مساهمة كل من الجينات والبيئة لم يعد هو التساؤل المطروح، وإنما كيف تعمل الجينات والبيئة بما يؤدي إلى أن يتصف الأطفال والكبار بالصمود، وقد انتهت المناقشة إلى ما يأتي:

الصمود عملية نمائية تتضمن فروقًا فردية بين الأطفال (في المزاج والقدرات المعرفية) وفروقًا في البيئات (مساندة الوالدين، مدرسة إثرائية)، إن التأثير الجيني والتأثير البيئي وراء هذه الفروق الفردية وبينهما ارتباط، حيث يتفاعلان لينتجا التنوع الذي نراه بين الأطفال عبر الزمن – وداخل الأطفال – إن التفاعل بين الجينات والبيئة وما يترتب عليه من نتائج تحكمه الاحتمالات، حيث يمكن أن يتغير إذا حدث تغير في الجينات أو البيئة.

على الرغم من أن الباحثين والإكلينيكيين يتناقشون في مدى تأثير ممارسات والدية معينة على مجال نمائي معين، إلا فإنهم جميعًا يتفقون على تأثير الآباء على حياة الأبناء في الحاضر والمستقبل. ويتفق الكاتب مع هذا الرأي ويعتقد أنه من الضروري تحديد الممارسات الوالدية التي تنمي المهارات الإيجابية والصلابة أمام الضغوط بما يمكن

الأبناء من التعامل مع العالم بكل متطلباته وتعقيداته وما قد يسبب له أي أذى. لابد من البحث عن وسائل متسقة لتربية الأطفال بما يرفع احتمال خبرات السعادة والنجاح في المدرسة والرضا في الحياة والنجاح في العلاقات. إذا أدرك الأطفال هذه الأهداف فسوف تنمو لديهم قوى داخلية للتعامل بكفاءة ونجاح يوم بعد يوم مع التحديات والضغوط التي يواجهونها (٥).

خصائص التوجه العقلى الذى يتسم بالصمود(١)

يمتلك الأطفال الذين يتسمون بالصمود صفات وطرائق معينة في رؤيتهم لأنفسهم وللعالم من حولهم، صفات وطرق لا تظهر لدى الصغار الذين لم ينجحوا في مواجهة التحديات. إن ما يحمله الأطفال من أفكار عن أنفسهم يؤثر في سلوكياتهم ومهاراتهم، وتؤثر هذه السلوكيات والمهارات بدورها في أفكارهم ، بمعنى أن هناك عملية ديناميه مستمرة، هذه الأفكار أو الافتراضات يمكن اعتبارها توجهًا عقليًا (٥).

إن فهم الآباء لخصائص التوجه العقلي الذين يتسم بالصمود يزودهم بموجهات لتنمية القوى الداخلية والتفاؤل لدى أطفالهم. إذا التزم الآباء بهذه الموجهات فإنهم يستطيعون أن يستخدموها لتدعيم التوجه العقلي الذي يتسم بالصمود في كل موقف تفاعل بينهم وبين أطفالهم. على الرغم من أن النتائج الخاصة بكل موقف في ذاته ذات أهمية، فإن الأكثر أهمية ما نتعلمه من دروس تستخلص من عملية التعامل مع المشكلات والقضايا المختلفة. فهذه المعرفة هي التي تغذي بذور الصمود حتى تنمو وتنتعش.

هناك خصائص مهمة تميز التوجه العقلي للأطفال الذين يتسمون بالصمود وترتبط بمهارات معينة، وتتضمن الخصائص الآتية:

* يشعرون أنهم مقدرون ولهم مكانة خاصة.

(1) Resilient mindset .

* تعلموا أن يضعوا لأنفسهم أهدافًا وتوقعات واقعية.

* يعتقدون أنهم يستطيعون أن يحلوا المشكلات، ويتخذوا القرارات الصحيحة، وبالتالي يمكنهن أن يروا الأخطاء والعثرات والمعوقات تحديات عليهم أن يواجهوها وليست محبطات عليهم أن يتجنبوها.

* يعتمدون على استراتيجيات فعالة لمواجهة المواقف المختلفة تحقق لهم النمو وليس الإحساس بالهزيمة، وهم على وعي بجوانب الضعف والخطر لديهم ولا ينكرونها، ويرون أنها مجالات للتحسين وإنها قابلة للتغيير.

* يدركون جوانب القوة والتميز لديهم ويستمتعون بها.

* يغلب على مفهوم الذات لديهم صور القوة والكفاءة.

* يشعرون بالراحة في وجود الآخرين، ولديهم مهارات جيدة في بناء العلاقات بالرفاق والكبار، وهذا يمكنهم من طلب المساعدة والدعم بصورة مناسبة وصريحة من الكبار الذين يقدمون لهم الدعم الذي يحتاجونه.

* يستطيعون أن يحددوا جوانب حياتهم التي يمكنهم السيطرة عليها أو التحكم فيها ويركزوا جهدهم وطاقتهم نحوها، وليس نحو عوامل لا تقع تحت سيطرتهم.

إن تنمية هذا التوجه العقلي وما يرتبط به من مهارات لدى الأطفال يتطلب من الآباء أن يتبينوا توجههم العقلي ومعتقداتهم وتصرفاتهم، وفيما يلي سوف نتفحص بعض المؤشرات التي تيسر هذه العملية، ونقدم أمثلة لها.

الممارسات الوالدية التي تغذي الصمود في الأطفال:

فيما يلي عشرة موجهات (٥) (٦) يقترحها بعض الباحثين تشكل "سقالة"[١] لتدعيم التوجه العقلي وأسلوب حياة يتسم بالصمود لدى الأطفال، هذه الموجهات تتلاءم مع كل

(1) Scalfolding.

. صيغ التفاعل بين الطفل ووالديه أو من يرعاه سواء في مجال الرياضة، أو عمل الواجب المدرسي، أو عمل مشروع فني، أو عند مطالبته بتحمل مسئولية ما، أو مساعدته إذا أخطأ، أو تعليمه كيف يشارك غيره، أو تدريبه على النظام. وعلى الرغم من أن طرائق تطبيق هذه الموجهات سوف تتغير بتغير الأطفال والمواقف، فإنها تظل ثابتة.

التفهم (النفاذ للآخر):(1)

التفهم أساس أية علاقة، وفي العلاقات الوالدية يعرف التفهم بأنه قدرة الوالدين على أن يضعوا أنفسهم مكان أبنائهم ليروا العالم بأعينهم، ولا يعني التفهم قبول ما يفعله الأبناء، لكنه محاولة لفهم وجهة نظرهم، وكذلك فإن الأطفال الذين يتعاملون مع راشدين يمثلون نموذج التفهم يومًا بعد يوم يكون من السهل عليهم أن يكونوا هم أنفسهم متفهمين، كثيرًا ما يعتقد الآباء أنهم متفهمون، في حين يؤكد الواقع أن تفهمهم هش أو مضلل وليس كما يعتقدون. تشير الخبرة إلى أن التفهم يصبح أسهل إذا كان الأبناء يعملون ما يريده الآباء منهم ويحققون توقعاتهم ويبدون الحب والدفء في علاقاتهم. لكن محك اختبار التفهم الحقيقي يظهر عندما يغضب الآباء أو تصيبهم خيبة الأمل حيال أبنائهم، كثير من الآباء حين يشعرون بهذه المشاعر فإنهم يقولون ويفعلون ما يتعارض مع نمو الصمود، لكي يقوى التفهم لدى الآباء عليهم أن يتأملوا بعض الأسئلة المهمة ويضعوها نصب أعينهم، وهي أسئلة يطرحها الكاتب في ممارساته الإكلينيكية، وفي ورش العمل التي ينظمها، وتتضمن ما يأتي:

- كيف أشعر إذا قال لي أو تصرف معي أحد مثل ما قلته أو فعلته مع ابني؟

- حين أقول أو أفعل شيئًا لأبنائي، هل سوف يجعلهم هذا التصرف أكثر استجابة وإصغاء؟

(1) Empathy.

- هل أتصرف بطريقة تجعل طفلي يصفني بالصفات التي آمل أن يصفني بها؟

- كيف يصفني ابني فعلاً، وما مدى تطابق هذا الوصف مع ما أتمناه من طفلي؟

على الرغم من أهمية وضرورة التفكير في هذه الأسئلة للوالدية الفعالة، فإن الآباء غالبًا ما يتجاهلونها عندما يواجهون مواقفًا تثير الإحباط أو الغضب ويتضح هذا من المثالين الآتيين:

يشعر السيد (س) وزوجته بالحيرة حيال طفلهم A وهو في الصف السابع ويواجه صعوبة كبيرة في إنهاء الواجب المنزلي، A رياضي ممتاز لكنه عانى كثيراً أثناء تعلمه القراءة، ونظراً لما لاحظه والديه من عدم اهتمامه بالأنشطة المدرسية فإنهم يعتقدون أنه كسول ولو أنه صمم على إنجاز العمل المدرسي فسوف ينجزه. لذلك فإنهم يدفعونه ليبذل مزيداً من الجهد، ويذكرونه بغضب وإصرار بأنه سوف يعاني كثيراً إذا لم يستطيع أن يلتحق بالجامعة التي يريدها، إذا ظل على هذا الحال في المدرسة الثانوية.

برغم حسن النية لدى الوالدين، لكنهما لا يستطيعان أن يتصورا شعوره P حين يطلبون منه أن يبذل جهداً أكبر، فكثير من الصغار الذين يتكرر على سمعهم "حاول أكثر - ابذل جهداً أكبر"، فإنهم يعتبرونها اتهامًا وحكمًا بالتقصير، وليس تشجيعًا أو تدعيمًا، مما يزيد من شعورهم بالإحباط وليس بالدافع للتحسن. وهنا نجد أن كلمات الأم والأب أتت بعكس المقصود منها وهو دفع الابن لتحقيق الهدف. لو تأملا ما تثيره هذه الكلمات من مشاعر لديهما في حالة مواجهتهما مشكلات في العمل ، ورئيس العمل يطالبهما بما يطالبان به ابنهما "حاول أكثر" "ابذل جهد أكبر" فقد يتراجعان عن تكرار هذه الكلمات.

لقد تعلم الوالدان أنهما إذا استطاعا أن يضعا نفسهما مكان ابنهما فسوف يستطيعا التواصل معه بصورة تخفف من سلوكه الدفاعي عن نفسه وتزيد من سلوكه التعاوني. يمكن أن يقولا له أنهما تبينا أنهما يدفعانه وهما لا يريدون ذلك، وأنهما يعرفون أن لديه جوانب قوة كبيرة، لكن هناك بعض جوانب التحدي التي عليه

مواجهتها مثل القراءة، وعندما يصبحان متفهمين يتحول الاتجاه بالاتهام إلى محاولة لحل المشكلات. عندما يسألانه عما يمكن أن يساعده، هذا الاتجاه الإيجابي يسهل على الابن الاعتراف بالمشكلة ويجعله أكثر استعداداً لتلقي المساعدة.

(س) طفلة خجول في الثامنة كثيراً ما يذكرها والديها أن تحيي الضيوف أو الأصدقاء، منذ صغر (س) ولديها شعور بالقلق والخوف في المواقف الجديدة، وكثيراً ما كانت تختبئ وراء أمها عند حضور ضيوف إلى المنزل، إذ إن الوالدين اجتماعيان ومنطلقان وكان يشغلهما أمر (س) لما تبديه من تحفظ وخوف وخاصة أنهما يريان أنفسهما والدين محبين ومساندين، وكانا يشعران أن (س) يمكنها أن تكون أقل خجلاً إذا قررت ذلك.

زاد شعور الوالدين بالإحباط والحرج من سلوك ابنتهما، مما دفعهما لتحذيرها من أنه في حالة عدم إلقاء التحية على الأصدقاء والضيوف لن يكون لها أصدقاء وسوف تصبح وحيدة، وكثيراً ما كانا يسألانها بعد عودتها من المدرسة عما إذا كانت بادرت أحد رفاق المدرسة بالكلام أو التحية، هذه التعليقات كانت تأتي بنتيجة عكسية وتزيد من شعور الطفلة بالقلق.

إن حرص الوالدين على أن تصبح طفلتهما اجتماعية ومنطلقة أدى بهما لعدم تقدير قلقها وسلوكها، وهو سمة مزاجية ولدت بها ولا تستطيع التغلب عليها بمجرد أن يطلبا منها أن تلقي التحية على الأصدقاء، كان عليهما أن يتبينا أن كل تذكير من جانبهما كان يضاعف من قلق الطفلة ويهدد علاقاتهما الدافئة المساندة لها.

في جلسات الإرشاد تعلم الوالدان أن يساعدا الطفلة على أن تكون أقل خجلاً، وقبل ذلك عليهما أن يدركا تأثير كلماتهما عليها، وعليهما أن يسألا أنفسهما: لو أنني كنت خجولاً، هل كنت أحب أن يقول لي أحد ما أقوله لابنتي؟ هل ما نقوله لابنتنا يساعدها أو يعوقها على أن تشعر بالراحة في وجود الآخرين؟ هذه الأسئلة ساعدت الوالدين على اتخاذ موقفاً أكثر تفهماً، فقد تعلما أن مطالبة شخص خجول ألا يكون خجولاً تحمل له اتهاماً وليس تشجيعاً.

تغيرت رسالة الوالدين لابنتهما الخجول لتحمل لها تفهمهما أنه من الصعب عليها أن تحيي أشخاصًا لا تعرفهم، وأن كثيراً من الأطفال لديهم هذه الصعوبة، وأنهم سوف يعملوا ليصلوا جميعًا إلى طريقة أو خطوات يمكنها أن تقوم بها لتصبح تحية الغرباء بالنسبة لها أقل صعوبة، هذه الرسالة تحمل تقديراً لما تعانيه الابنة، كما تحمل إليها مشاعر الفريق الواحد "نحن معك لنساعدك وليس لننقدك"، كما تحمل لها رسالة أخرى أن كثيراً ممن كان يجد صعوبة في تحية الآخرين عندما كان صغيراً، تغلب على هذه الصعوبة عندما أصبح كبيراً، وهذه الرسالة تحمل لها أملاً واقعيًا والأمل خاصية أساسية للتوجه العقلي الذي يتسم بالصمود.

عندما أصبح الوالدين أكثر تفهمًا لطفلتهما، أصبح التواصل بينهما لا يهدف النقد أو التقييم بل يهدف إلى تنمية الصمود.

التواصل الفعال والإنصات الإيجابي:

يرتبط التفهم بطرق التواصل بين الآباء والأبناء، والتواصل لا يقتصر على أسلوب الحديث مع الآخر، فالتواصل الفعال يتضمن الإنصات الإيجابي والفهم وإعطاء قيمة لما يقوله الأبناء، والاستجابة بطرائق لا تملي القوة وذلك من خلال عدم مقاطعتهم، وعدم فرض مشاعر معينة عليهم، وعدم الانتقاص من احترامهم، وعدم استخدام مفردات مطلقة مثل دائمًا، وأبداً في سياق النقد أو التهديد. "أنت لا تساعدني أبداً". "أنت تبدي عدم الاحترام دائمًا"

الأطفال الذين يتسمون بالصمود لديهم القدرة على التعبير للآخرين عن مشاعرهم وأفكارهم بكفاءة، ويلعب آباؤهم دور النموذج الذي يحتذى في هذه العملية. حين حاول أحد الأطفال أن يجمع أجزاء راديو ولم يتمكن من ذلك، قال له والده بغضب "أنا قلت لك إنه لن يعمل، أنت ليس لديك الصبر لتقرأ التعليمات بدقة" لقد جاء تعليق الأب مناقضًا لتنمية التوجه العقلي الذي يتسم بالصمود لدى الابن، حيث تحمل رسالته اتهامًا يركز على القصور وليس على القوة، رسالة لا تحمل المساعدة ولا الأمل.

في وصف خصائص الأشخاص ذوي الفاعلية (٩) المرء يبدأ بأن يفهم قبل أن يفهمه الآخرون، وهذا يعني أننا قبل أن نعبر عن آرائنا، علينا أن نتفهم الآخرين، وذلك من خلال الإنصات الإيجابي لما تحمله رسالة الآخر من معنى. إن التواصل الفعال له مترتبات عديدة تظهر في السلوكيات التي ترتبط بالصمود بما في ذلك مهارات العلاقة بالآخر والتفهم وحل المشكلات واتخاذ القرارات.

نظراً لأهمية مهارات التواصل الفعال في حياتنا، فإن الكاتب يطرح على الآباء أثناء الجلسات العلاجية وورش العمل بعض التساؤلات لكي يفكروا فيها ويأخذوها في الاعتبار عند التفاعل مع أبنائهم:

- هل تحمل رسالتي الاحترام وتعلمه لطفلي؟
- هل توقعاتي من طفلي واقعية؟
- هل أساعد طفلي على تعلم حل المشكلات؟
- هل أنمي لدى طفلي التفهم والحب؟
- هل أنمي التنظيم الذاتي والضبط الذاتي لدى طفلي؟
- هل أضع حدوداً ونتائج تترتب على سلوك طفلي بطريقة تسمح له بالتعلم مني وليس مقاومتي؟
- هل أصغي لما يقوله طفلي وأقدره بصدق؟
- هل يعرف طفلي أنني أثمن آرائه وأفعاله؟
- هل يعرف طفلي قيمته عندي؟
- هل أساعد طفلي على أن يدرك أن الأخطاء والعقبات جزء من عملية التعلم والنمو؟
- هل أشعر بالارتياح عندما أعترف بأخطائي وأعتذر لطفلي إذا تطلب الموقف ذلك؟

إذا وضع الآباء والأمهات هذه الأسئلة في أذهانهم، فإنهم يستطيعون التواصل بأسلوب يدعم التوجه العقلي الذي يتسم بالصمود وإن كان هذا ليس بالعمل اليسير،

ففي جلسة جمعت أسرة (س) التي تبلغ الثالثة عشرة من عمرها ووالديها، وقد حضر الوالدان لطلب الاستشارة في اتجاه (س) التشاؤمي حيال كل شيء.

في الجلسة الأولى أفادت (س) أنها غير سعيدة وحزينة جداً، وكانت الإجابة المباشرة من الوالدين أن (س) ليس لديها أي سبب لهذا الشعور، فهم أسرة صحية توفر لها كل ما تحتاج إليه. وكانت استجابة (س) لهذا الرد مليئة بالحزن والغضب، على الرغم من أن والدة (س) قصدت مساندتها فإن تعليقها قطع التواصل، فلا أحد يحب أن يقول له الآخرون كيف يشعر أو كيف يجب أن يشعر، فإذا كانت (س) تقول إنها تشعر بالاكتئاب فهي لا تريد أن تسمع أنه لا يوجد سبب لشعورها هذا.

ما الذي كان على الأم أن تقوله؟ إن نقطة البداية المناسبة هي التصديق على ما تقوله (س)، على الآباء أن يصدقوا على ما يقوله أبناؤهم، والمصادقة لا تعني الموافقة وإنما تعني أنك استمعت لما يقول، ولننظر للتعليق أو الرد التالي: أعرف أنك تشعرين بالاكتئاب، لكنني لا أعرف السبب لهذا الشعور، ويسعدني أن تخبرينا به، فمن أجل ذلك حضرنا للاستشارة لنرى ما الذي يمكن أن يساعدك حتى تشعري أنك في حالة أحسن وأيضًا كيف نستطيع أنا ووالدك أن نساعدك، إذا كانت رسالة الوالدين يملؤها التفهم والتصديق والمساندة فإننا بصدد مناخ ينمي الصمود.

تغيير النص السلبي[1] :

يلتزم الآباء بحسن نية بتطبيق أسلوب ما مع أطفالهم لأسابيع أو شهور أو سنين حتى لو لم يثبت أنه أسلوب فعال. مثال حين نجد الآباء يذكرون أبناءهم بتكرار (يزِّن عليهم) على مدى سنوات أن ينظموا غرفهم، ولا يستمع الأبناء لذلك ولا ينفذون المطلوب منهم وحين يسألون لماذا يستخدمون الرسالة التي ثبت فشلها لسنوات، تكون الإجابة لاعتقادنا أنهم سوف يتعلمون إذا استمرينا بدرجة كافية.

(1) Changing Negative Script

وهناك آباء يعتقدون أن الأبناء هم الذين يجب أن يتغيروا وليس هم (الآباء)، وبعض الآباء يعتقدون أنهم إذا غيروا أسلوبهم فهذا يعني انهزامهم أمام الأبناء، وبالتالي سوف يفرض الأبناء عليهم آرائهم. تقول إحدى الأمهات أن ابنها ينسى دائمًا ما تكلفه به من أعمال بسيطة وتظل تذكره بها ويتطور الموقف إلى معركة بينهما، وتقول إنها لا تستطيع أن تتوقف عن ذلك، فإذا توقفت فلن يتعلم ابنها المسئولية أبدًا وسوف تفسد أخلاقه مثل كثير من الأولاد في وقتنا هذا. إن الأم بتذكيرها الدائم لابنها تأتي بنتائج عكسية، فهذا التكرار والتشاحن يخلق التوتر في جو الأسرة بل يدعم الشعور بعدم المسئولية لدى الابن؛ لأنها دائما تذكره بما عليه أن يعمله، ويقابل ذلك أن يتذكر هو من نفسه ما عليه من مسئوليات.

إن الآباء من ذوي التوجه العقلي الذي يتسم بالصمود يتبينون أنهم إذا قالوا أو فعلوا شيئًا منطقيًا ولمدة مناسبة ولم يحققوا النتائج المتوقعة فعليهم أن يغيروا من أسلوبهم ويغيروا النص حتى يغير الأبناء من أسلوبهم (النص الخاص بهم)، هذا لا يعني التسليم أو الانهزام أمام الأبناء وإنما يعني أن يكون لدينا البصيرة والشجاعة للقيام بالعمل بطريقة مختلفة وإلا سوف نقع في نزاعات لحسم القوة وهي نزاعات غير مجدية وتؤدي لنتائج عكسية، إن تغيير النص يعلم الأطفال أن هناك بدائل متعددة لحل المشكلات، وهذا يعلمهم المرونة والمسئولية في مواجهة المواقف الصعبة.

كان السيد (س) حبيس نص سلبي نحو ابنه البالغ من العمر اثني عشر عامًا، فحين يصل السيد (س) منزله يبادر ابنه بسؤال محدد كل يوم هل انتهيت من عمل الواجب، هل انتهيت من الأعمال المنزلية المسئول عنها، وكانت الإجابة المباشرة دائمًا من جانب الابن: نعم، حتى وإن لم يكن أتم المطلوب منه حتى يتخلص من سؤال الأب، وعلى مر السنين تدهورت العلاقة بين الأب والابن، حيث أدرك الابن أن كل ما يعني والده النجاح في المدرسة والأعمال المطلوبة منه في البيت، وأدرك الأب أن هذا الابن كسول ولابد من متابعته حتى يتحمل المسئولية.

في جلسات الإرشاد تبين الأب أن سؤاله لابنه تكرار لسؤال والده له حين كان في سن الابن، وأدرك أن ابنه لابد أنه يراه كما كان هو يرى والده رجلاً يصعب احتماله يتصيد الأخطاء ولا يثني على شيء وكان سؤال الأب: لماذا نكرر مع أبنائنا الأشياء التي كنا لا نحبها ولا نقبلها من آبائنا، وهو سؤال يتكرر كثيراً، وعلى الرغم من أن الإجابة قد تتغير من شخص لآخر فإن الأساس في الإجابة أن الإنسان من السهل عليه التعود فيتبنى النص الذي لا يحبه ولا نقبله لأنه تعود عليه، فالإنسان يمارس ما يتعلم.

لكن الآباء ليس مقدر عليهم اتباع نصوص غير فعالة تأتي بعكس الهدف منها، فإذا ما تبينوا حقيقة هذه النصوص فعليهم اتباع نصوص جديدة ومختلفة، ومنذ أدرك الأب في هذه الحالة حقيقة النص الذي يستخدمه لم يعد يحيي ابنه بالسؤال عن الواجب أو المهام المنزلية. إنما أصبح مهتماً بالأنشطة المختلفة في حياته مثل الرسم وكرة السلة، بل واشترك مع ابنه في حضور دورات لتعليم الرسم يقدمها أحد المتاحف المحلية، وكما حدث في الحالات الثلاثة التي تم عرضها، إذا كنا نريد لأبنائنا أن يتغيروا فلنبدأ بتغيير أنفسنا.

حب أبنائنا بطريقة تساعدهم أن يشعروا بأنهم متقبلين ولهم مكانة خاصة عندنا:

من الأسس المعروفة في بناء الصمود وجود راشد واحد على الأقل (الأفضل أن يكون أكثر من واحد) يثق في كفاءة الطفل، وهو ما يعتبره البعض (٢٤) "راشد ذو كاريزما"[1] راشد يستلهم منه الطفل القوة ، ويجب ألا نقلل من قيمة وجود شخص ذي قوة يعيد توجيه الطفل نحو حياة أكثر نجاحاً وإنتاجاً ورضا.

(1) Charismatic adult.

تدعو فكرة "الراشد ذو الكاريزما" الآباء أن يسألوا أنفسهم كل مساء "هل أبنائي أكثر قوة نتيجة لأشياء قلتها أو فعلتها اليوم أم أقل قوة؟" لاشك أن الآباء مثل الأب الذي كان يلوم ابنه لعدم إكماله عمل الراديو، أو الذي يسأل ابنته عن مبادرتها لزملائها بالحديث، هؤلاء الآباء يهددون النمو الوجداني لدى أبنائهم فلن يشعر الطفلان في المثالين السابقين بالقوة نتيجة لمواجهة تعليقات وأسئلة آبائهم.

إن الحب غير المشروط الذي سوف نناقشه في الموجه التالي ملمحًا أساسيًا للراشد ذي الكاريزما، حيث يضفي على الطفل حبًا غير مشروط ، إن تنمية الشعور بالأمن والقيمة والكرامة لدى الطفل يتطلب وجود من يمنحونهم الحب ليس لما يحققوه بل لذاتهم، وحين يغيب هذا الحب، يصعب نمو التوجه العقلي الذي يتسم بالصمود.

حين سئل بعض الراشدين أن يذكروا خبرات سارة من طفولتهم حين كان آباؤهم هم الراشدون ذو الكاريزما، ذكر أحدهم أن أباه كان يعطيه كل الانتباه ويستمع له ويتحدث معه في أي شيء، وكان ذلك صعب التحقيق في وجود إخوته.

وقالت سيدة إنها كانت تحب وقت النوم حيث تجلس إلى أمها أو أبيها لقراءة قصة، "وكانت أمي تقرأ لي وأبي يقرأ لأخي أو العكس، وكنت أحب أخي واستمتع بما نقوم به جميعًا بوصفنا أسرة لكنني كنت استمتع أكثر وأشعر بالقرب أكثر حين يجمعني نشاط ما مع أحد والدي دون وجود ثالث. والآن أنا وزوجي نعمل نفس الشيء مع أطفالنا".

هذه الذكريات عن "الأوقات الخاصة"(١) تتكرر كثيرًا في حكايات الراشدين، لذا يوصى بأن يخلق الآباء مثل هذه الأوقات مع أطفالهم، قد يقول الأب أو الأم للطفل: إن وجودي معك للقراءة أو اللعب له أهمية خاصة، حتى أنني لن أرد على الهاتف إذا ضرب، يقول أحد الأطفال: "أعرف أن أمي وأبي يحبونني فعندما نكون معًا لا يردون على الهاتف".

(1) Special times.

حين يعرف الأبناء أن أبائهم سوف يعطونهم وقتًا خاصًا دون وجود طرف ثالث فإن ذلك يقلل من الغيرة بين الإخوة، وقد سأل أب لديه ستة أطفال: كيف أعطي وقتًا خاصًا لكل منهم ، وكانت الإجابة أن وجود ستة أبناء يجعل الموقف أصعب مما لو كانوا اثنين لكنه ممكن. إن عليك التحايل لتجد الوقت لكل طفل على حدة، وإذا عرفت قيمة هذه الخبرة ستبذل أقصى الجهد والحيلة لتحقيقها، فسوف يشعر كل منهم أن له قيمة خاصة، إذا كانت هذه الخبرة ستصبح ذكرى جميلة لدى أطفالهم فهذا مبرر كاف لبذل الجهد والحيلة (٢٠).

الأطفال لديهم حساسية شديدة إذا ما تغيب الأب عن المناسبات المهمة مثل عيد الميلاد أو المناسبات أو الأنشطة، في زماننا هذا حيث الإيقاع السريع وحيث يعمل الآباء ساعات طويلة ويسافرون كثيراً، يصبح من الممكن أن يتغيبوا عن بعض المناسبات المهمة في حياة أبنائهم، لكن يجب أن يكون ذلك في الحد الأدنى. يذكر أحد المرضى أن أباه لم يحضر سوى مرتين في عيد ميلاده ما بين سن ٥-١٢ سنة، "على الرغم من أنني أعرف أن عليه أن يسافر من أجل عمله، فإنه أيضًا كان يعرف تاريخ ميلادي، وتدمع عيناه ويقول أنت تشعر أنك غير محبوب إذا كان أبوك لا يحضر عيد ميلادك. والأسوأ أنه كان ينسى أن يتصل بي تليفونيا".

إن قضاء وقتًا مع الطفل دون وجود طرف ثالث لا يتعارض مع أنشطة الأسرة التي تخلق إحساسًا بالانتماء والحب. المشاركة في أوقات الطعام والإجازات واللعب وحضور مناسبات، كلها فرص تؤكد الحب وتجعل الأطفال يشعرون بأن لهم قيمة خاصة في عيون وقلوب آبائهم.

تقبل الأطفال كما هم ومساعدتهم على وضع توقعات وأهداف واقعية:

من أكثر الأمور صعوبة بل ومن المهام التي تتحدى الآباء أن يقبلوا أطفالهم كما هم وليس كما يريدونهم أن يكونوا. قبل أن يولد الأبناء يضع الآباء توقعاتهم التي قد

لا تكون واقعية حيث إن لكل طفل مزاجه الخاص. ومن الدراسات الأولى (٨) للفروق بين المزاج[1] لدى الأطفال حديثي الولادة، لوحظ أن بعض الأطفال يبدأون الحياة ولديهم مزاج سهل، وبعضهم ذي مزاج خجول والبعض الآخر ذي مزاج صعب.

حين لا يكون الآباء على وعي بتنوع المزاج لدى الأطفال وهو محدد أساسي للشخصية والسلوك، فإنهم قد يقولون أو يفعلون ما يؤثر في العلاقات الإيجابية بينهم وبين أطفالهم وقد يعطلوا بناء التوجه العقلي الذي يتسم بالصمود ، وهذا ما حدث في أسرة الطفلة الخجولة التي سبق عرض حالتها: حيث كانوا يدفعونها لعقد صداقات على افتراض أنها سوف تتغلب وبسرعة على تحفظها وخجلها، ولم يدر بخلدهم أنها نفسها كانت تتمنى أن تكون منطلقة ولديها أصدقاء أكثر، لكنها لم تستطع ذلك نتيجة لبنائها المزاجي، ولم تشعر الطفلة أنها موضع تقبل إلا بعد ما أظهر الوالدان تقبلهما وعبرا عن رغبتهما في مساعدتها.

هناك مثال آخر لطفل في العاشرة حيث كان يتلكأ في الصباح حتى يتركه أتوبيس المدرسة ويضطر الوالدان لأخذه للمدرسة، وهنا نصحت إحدى الجارات الوالدين أنهما بهذا التصرف يدعمون تأخر الطفل عن الأتوبيس، والأفضل أن يقولوا له إنه إذا تأخر فسوف يبقى في المنزل ولن يذهب للمدرسة، وفعلاً لم يذهب الولد للمدرسة مما سبب له الضيق، لكن شعوره بالضيق لم يجعله مستعداً في الموعد للحاق بالأتوبيس، مما أثار غضبهما وحيرتهما في التصرف مع هذا الطفل الذي لا يشعر بالمسئولية، ولكي يقويا من دافعيته للاستعداد للمدرسة في موعد الأتوبيس حرموه من كثير من الأنشطة المحببة، ولسوء الحظ فشلت هذه الطريقة في تحقيق الهدف.

لم يدرك الوالدان أن الطفل لم يكن يتأخر لضعف دافعيته للذهاب للمدرسة، وإنما لبطء إيقاعه ولتشتت انتباهه في أشياء جانبية، وكان بديل عن التهديد والصراخ أن يتقبلوا الطفل كما هو ويساعدوه ليتوصلوا إلى خطوات تساعده على أن يكون مستعداً

(1) Temperament.

للأتوبيس في الوقت المحدد. وكما سوف يرد في مناقشة نمو الشعور بالمسئولية فإن الأطفال إذا ما أتيحت لهم الفرصة قادرون على اقتراح حلول سليمة لحل المشكلات التي يواجهونها.

وقد يكون التعاون مع المدرسة بإعطاء الطفل مسئولية محببة لنفسه تتطلب منه الوجود، مما يمثل باعثًا إيجابيًا يساعده على التفكير في طرق تجعله مستعداً في الوقت المحدد للأتوبيس برغم بطء مزاجه. وهناك حالة طفل دائم التأخر أعطيت له مهمة "مراقب التأخر"[١] وهو من يحضر مبكرًا ليراقب التلاميذ الذين يحضرون متأخرين، وقد أحب الطفل هذه المسئولية وكان يحضر مبكرًا لهذا الغرض.

إن تقبل الأطفال كما هم وتقبل التنوع المزاجي بينهم لا يعني إعطاء أعذار للسلوكيات غير المقبولة أو غير المناسبة، وإنما يعني أننا نفهم هذا السلوك ونريد المساعدة في تعديله بأسلوب لا يؤذي تقدير الطفل لذاته وشعوره بالكرامة، وهذا يعني تنمية توقعات وأهداف واقعية لأطفالنا، ولحسن الحظ أنه في ١٠-١٥ عامًا الماضية تزايدت المواد المنشورة التي تساعد الآباء والمعلمين على تقدير وتقبل أنماط المزاج وأنماط التعلم لدى الأطفال والاستجابة لها (٧) (١٤) (١٦) (١٧) (١٨) (٢٣).

مساعدة أطفالنا ليمروا بخبرات النجاح من خلال تحديد وتغذية جزر الكفاءة لديهم[٢] :

الأطفال الذين يتسمون بالصمود لا ينكرون المشكلات التي تواجههم، فالإنكار يجري في مسار مضاد للتغلب على التحديات. ومع ذلك فبالإضافة للاعتراف بالمشكلات ومواجهتها فإن الأطفال الذين يتسمون بالصمود يكونون قادرين على تحديد جوانب القوة لديهم وتوظيفها، ولسوء الحظ فإن الأطفال الذين يشعرون أنهم ضعفاء وأن

(1) Tardy monitor.

(2) Islands of competence.

قدراتهم محدودة فإنهم يضعف إحساسهم بالأمل. يذكر الآباء في بعض الأحيان أن تعليقاتهم الإيجابية التي يوجهونها لأطفالهم لا تجد منهم آذانًا صاغية بما يؤدي إلى شعور الآباء بالإحباط والإقلال من توجيه هذه التعليقات الإيجابية.

من المهم أن يعرف الآباء أن الأطفال ذوي تقدير الذات المنخفض أقل قبولاً للتغذية الرجعية الإيجابية، وعلى الآباء أن يستمروا في تقديمها لكن عليهم أن يعرفوا أن تقدير الذات والأمل والصمود الحقيقي أساسه خبرات النجاح الفعلية في مجالات الحياة المختلفة التي يرونها ويراها الأشخاص المهمين أنها مجالات ذات قيمة، وهذا يتطلب من الآباء أن يحددوا ويدعموا "جزر الكفاءة" لدى أطفالهم. كل طفل لديه جزيرة أو مجال القوى الخاصة به، علينا أن نغذي جوانب القوى هذه لا أن نؤكد جوانب الضعف.

عند تقدير شخصية الطفل يطلب الاختصاصي من الآباء أن يذكروا جزر الكفاءة لديه، كما يطلب من الطفل الشيء نفسه من خلال توجيه السؤال: ما الذي تجيد عمله في رأيك؟ ما جوانب القوة لديك؟ يجيب بعض الأطفال بأنهم لا يعرفون، فيكون رد الاختصاصي، لا بأس قد يتطلب معرفتنا بجوانب القوة بعض الوقت، لكن من المهم أن نعرف جوانب القوة لدينا، إذا كنا نريد أن ندعم لدى الأطفال اتجاهًا تفاؤليًا فعلينا أن نسلط الضوء على جوانب القوة ونساعد الأطفال على تحديد جوانب القوة لديهم.

إحدى المشكلات التي ترتبط بقضية التقبل، وقد سبق مناقشتها في الموجه السابق، حين يقلل الآباء من أهمية جزر القوة لدى أبنائهم. مثال لطفل في الثالثة عشر من العمر ويجد صعوبة في مواجهة مشكلات التعلم، وهو يختلف في هذا الصدد عن والديه وشقيقته البالغة من العمر ستة عشر عامًا، فلم يكن متفوقًا لا أكاديميًا ولا رياضيًا. حين طلب من والديه أن يذكروا جزر القوة لديه كانت إجابتهما أنهما يشعران بالحرج بذكر ما يجيده ابنهما لأنه نشاط لا يناسب سنه . ويقضي في هذا النشاط كل هذا الوقت. ثم ذكر الوالدان أن ابنهما يحب رعاية النباتات ورعاية الحديقة، قد يكون ذلك مقبولاً إذا كان أداؤه المدرسي جيدًا، ويهتم بالنباتات باعتبارها نشاطًا جانبيًا، ولكن كيف لطفل

في الثالثة عشـــر أن يهـتـم بالنـباتات بهــذه الطـريقـة ويقضى فى هذا النشـاط كل هذا الوقت .

وكان من الضروري أن نساعدهم على فـهم مدى أهمية تحديد جوانب القوة لدى ابنهما والبناء عليـها حـتى لو لم تكن مـوضع تقـديرهـم. لابد أن يشـعر الطفل أن لديه مهارة أو اثنين وتكون موضع تقدير من الآخرين حتى ينمو لديه الصمود.

على التـربويين والإكلينيكيين أن يتـأكـدوا من بدء خطة العـلاج أو خطة التـعليم بقائمة من جوانب القوى لدى الطفل، تتضمن الاسـتراتيجيات التي يمكن اسـتخدامها لتدعيمـهـا وإظهارهـا أمـام الجـميع حـتى يروهـا ويمتدحـوهـا. فـمـا فـائدة القوى إذا لم يلاحظها الآخرون ويدعموها؟

فتاة في سن المراهقة لديها مشكلة في التعامل مع زميلاتها لكن الأطفال الصـغار ينجذبون لها، ويقول والديها إن كل أطفال الحي يحبونها ويتعلـقون بها، وقد وظفت هذه القوة وأصبحت جليسة للأطفـال، وقد سـاعدتها مسئولياتها باعتبـارها جليسة أطفال على تنمية الثقة بنفسها، فكانت على استعداد للتحاور في هذا الشأن مع زميلاتها بما أدى لتقبلـها بينهن. وبالمثل حالة طفل في العاشرة من العمر ولديه صعوبات في القراءة وكـان مـتمـيـزًا في الأعـمـال الفنيـة، مما رفع تقـديره لذاته، وأصـبح يرى أن مـشـكلات القراءة لديه لا تصفه باعتباره شخصًا لأن لديه جوانب قوى أخرى.

حين يكتشف الأطفال جزر الكفاءة لديهم يكونون أكثر استعدادًا لمواجـهة الجوانب التي تمثل لـهم مشكلات، وعلى الراشـدين أن تكون لديهم حـسـاسية لوجـود هذه الجـزر ويعملوا على تنميتها.

مساعدة الأطفال أن يدركوا أن الأخطاء خبرات نتعلم منها :

هـناك فـرق كبـيـر بين إدراك الأطفال الذين يتسمون بالصمود مقارنة بالأطفال الذين لا يتسـمـون بالصـمـود في رؤيتـهم للأخطاء. حيث يمـيل من يتسـمـون بـالصـمـود لإدراك

الأخطاء باعتبارها فرصًا للتعلم، على عكس الأطفال الذين ليس لديهم أمل فإنهم يدركون الأخطاء كدليل على الفشل، واستجابة لهذه الرؤية التشاؤمية فإنهم يتهربون من التحديات، ويشعرون بعدم الكفاءة ويلقون باللوم على الآخرين لما يقع لهم من مشكلات. إذا كان للآباء أن ينشئوا أطفالاً يتسمون بالصمود، فعليهم أن يساعدوهم على تنمية اتجاهات صحية نحو الأخطاء منذ طفولتهم الباكرة.

إن الطريقة التي يستجيب بها الأطفال للأخطاء تعتبر نافذة يمكن من خلالها قياس تقديرهم لذاتهم ومدى اتسامهم بالصمود . فمثلاً في لعبة ما كان بالملعب طفلان وكلاهما لم يستطع أن يسدد ضربات ناجحة، بعد انتهاء اللعب ذهب أحدهما للمدرب وقال له إنه لم يوفق في تسديد ضرباته وهو يريد أن يعرف خطأه حتى يصححه، هذه الاستجابة دليل على توجه عقلي يتسم بالصمود، فالطفل لديه اعتقاد أن الكبار يمكن أن يساعدوه ليقلل من أخطائه.

أما الطفل الثاني ولم يكن يتسم بالصمود للأسف فكانت استجابته أن ألقى المضرب على الأرض وأخذ يبكي ويصيح ... "أنت أعمى أعمى، أعمى، إذا لم تكن أعمى لكنت سددت الضربات بنجاح"، وقد تسبب هذا في إحراج والديه، وقد جرى خارج الملعب والدموع تملأ عينيه متهمًا الحكم في التسبب في إخفاقه، حيث إن هذا الطفل ليست لديه قناعة في إمكانية تحسنه، فكانت استجابته لشعوره باليأس إلقاء الخطأ على الغير.

يستطيع الآباء أن يساعدوا أطفالهم على تنمية اتجاه بنّاء نحو الأخطاء والعثرات. هناك سؤالان يمكن أن ييسرا هذه المهمة، وفيهما يطلب من الآباء أن يذكروا كيف تكون إجابة الأبناء على السؤالين الآتيين:

ماذا يفعل والداك حين يرتكبا خطأً، أو حين لا تسير الأمور في المسار الصحيح؟

ماذا يقول ويفعل والداك حين ترتكب خطأً؟

في السؤال الأول يلعب الآباء دور النموذج المهم لمعالجة الأخطاء، من الأسهل على الأطفال أن يتعلموا التصرف بكفاءة عند الوقوع في خطأ، إذا رأوا آباءهم يحسنون

التصرف. أما إذا لاحظوا أن أبائهم يلومون الآخرين أو يغضبون بشدة أو يحبطون إذا ما وقعت أخطاء أو يقدمون أعذارًا ليتجنبوا القيام بمهمة معينة، فالاحتمال الأكبر أن يصبح لديهم اتجاه انهزامي نحو الأخطاء، وعلى النقيض إذا رأوا أن أبائهم يوظفون الأخطاء باعتبارها فرصًا للتعلم، فالأرجح أن يعملوا نفس الشيء.

أما السؤال الثاني فيستحق اهتمام الآباء، فكثيرًا ما يصبح الآباء المهتمون قلقين ومحبطين حيال أخطاء أبنائهم، ونتيجة لهذه المشاعر فقد يقولون أو يفعلون ما يثير الخوف من العثرات وليس التعلم منها لدى أبنائهم. مثال لذلك، قد يؤدي إحساس الوالدين بالإحباط إلى إصدار التعليقات الآتية: هل كنت تستخدم عقلك؟ أنت لا تفكر قبل أن تتصرف، قلت لك أن هذا لن ينفع، هذه التعليقات وما يشابهها تهدد شعور الطفل بالكرامة واحترامه لذاته.

لا يوجد من يريد أن يرتكب أخطاء أو أن يفشل، لكن يمكن للآباء أن يستخدموا أخطاء أبنائهم لحظات للتعلم. فقد يشتركون مع أبنائهم في نقاش حول ما يمكن عمله بصورة مختلفة في المرة القادمة لرفع فرص النجاح، يمكن للآباء من خلال تفهمهم أن يتجنبوا قول أشياء لا يحبون أن تقال لهم. كم من الآباء يساعده تعليق شريكه: هل كنت تستخدم عقلك؟

لابد أن تكون توقعات الآباء من أبنائهم واقعية فلا تبالغ في الارتفاع ولا تبالغ في الانخفاض، فحين يكون التوقع مبالغًا في الارتفاع فسوف يمر الأطفال بخبرات فشل وقد يشعرون أنهم يسببون خيبة الأمل لوالديهم، أما التوقعات المنخفضة فهي تحرم الأطفال من الخبرات التي تختبر قدراتهم ومهاراتهم في تعلم مواجهة العثرات. كما أن التوقعات المنخفضة تحمل للطفل رسالة: نحن لا نعتقد أنك قادر أو متمكن.

إذا كان للآباء أن ينموا لدى أبنائهم توجهًا عقليًا يتسم بالصمود، فلابد أن يحمل كلامهم وأفعالهم إلى الطفل اعتقادهم بأننا نستطيع أن نتعلم من أخطائنا، إن الخوف من ارتكاب الأخطاء وما يترتب على ذلك من إهانة هي أكبر معوقات التعلم، ولا تتفق مع الصمود.

تنمية المسئولية والتراحم والضمير الاجتماعي بإتاحة الفرص للطفل لتقديم مساهماته:

كثير ما يسأل الآباء عما يمكن أن يفعلوه لكي ينموا اتجاهات أبنائهم في المسئولية والتراحم والاهتمام بالآخر. من أكثر الطرق فاعلية في تنمية المسئولية إتاحة الفرص للأطفال لكي يساعدوا الآخرين. حين يقوم الأطفال بمساعدة الغير ويمارسون سلوكًا يعبر عن المسئولية، هنا ينقل الآباء للأبناء الشعور بالثقة والإيمان بقدراتهم في القيام بمهام متعددة، كما أن الاندماج في هذه المهام يدعم كثيراً من الخصائص المميزة للتوجه العقلي الذي يتسم بالصمود بما يتضمنه من تفهم وشعور بالرضا عما يحدثه سلوكه من تأثير إيجابي، كما يؤدي لمزيد من الثقة بالنفس حيث يعبر الطفل عن جزر الكفاءة لديه وعن مهارته في حل المشكلات.

كثير ما يضع الآباء مصطلح "واجبات – التزامات" للمسئوليات البسيطة الأولى التي يكلفوا بها الطفل. ومعظم الأطفال والكبار لا يتحمسون لعمل هذه الواجبات، على الرغم من أن الأطفال منذ نعومة أظافرهم لديهم الدافع لمساعدة الآخرين، فإن وجود هذا "الدافع للمساعدة"[1] يدعمه بحوث طلب فيها من الراشدين أن يفكروا في خبراتهم في المدرسة ويكتبوا عن أهم لحظة إيجابية في المدرسة نمت لديهم الشعور باحترام الذات والدافعية. وكانت أكثر الذكريات تكرارًا تلك التي تتضمن طلب المساعدة (مساعدة طفل صغير – دهان حائط في المدرسة – تشغيل جهاز الفيديو – تقديم اللبن للأطفال).

لإلقاء الضوء على أهمية تعليم الأطفال تحمل المسئولية والتراحم، يطلب من الآباء أن يذكروا كيف يجيب أطفالهم عن الأسئلة الآتية:

* كيف يظهر الإحساس بالمسئولية في سلوك والديك؟

* ما هي السلوكيات التي لاحظتها على والديك، التي لا تتسم بالمسئولية؟

---

(1) Helping drive.

* ما الأعمال الخيرية التي شارك فيها والداك في الشهور القليلة الماضية؟

* ما الأعمال الخيرية التي شاركت فيها والديك لتقدموها معًا في الشهور القليلة الماضية؟

من النصائح المهمة التي تقدم للوالدين أن يكرروا على أطفالهم "نحتاج مساعدتك" بدلاً من "عليك القيام بالمهمات المسئول عنها" إلى جانب أن الآباء الذين يشتركون مع أطفالهم في القيام بالأعمال الخيرية، يقدرون قيمة هذه الأنشطة في تنمية تقدير الذات وتنمية الصمود، إن الشعور بالمسئولية والتراحم لا ينمو بمحاضرات الآباء، وإنما من خلال الفرص التي تسمح للأطفال بممارسة أدوار المساعدة وعضوية أسرة خيرة تهتم بالعطاء والتراحم.

تعليم الأطفال حل المشكلات واتخاذ القرارات:

يعتقد الأطفال ذوو تقدير الذات المرتفع والصمود أنهم يملكون زمام حياتهم وأنهم يعرفون ما يستطيعون التحكم فيه وما لا يستطيعون التحكم فيه من مجالات الحياة المختلفة. النقطة المهمة في هذا الشعور بالتحكم هو اعتقادهم أن لديهم القدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات عندما يواجهون مشكلة ما. الأطفال الذين يتسمون بالصمود يستطيعون أن يحددوا مشكلاتهم، ويفكروا في حلول مختلفة ويجربوا ما يعتقدون أنه أنسب الحلول ويتعلموا من النتائج (٢٥) (الفصل ٢٢ من هذا المجلد).

إذا كان للآباء أن يدعموا هذا الاتجاه في حل المشكلات لدى أبنائهم، فعليهم أن يتجنبوا إملاء مقترحاتهم عليهم وإخبارهم كيف يتصرفون. وبدلاً من ذلك والأكثر فائدة تشجيع الأطفال أن يفكروا في أكثر من حل. ولكي تصبح هذه العملية سهلة، على الآباء أن يخصصوا وقتًا لاجتماع الأسرة مرة أسبوعيًا أو كل أسبوعين لمناقشة المشكلات التي تواجه أفراد الأسرة والحلول المقترحة لحلها.

طفلة في التاسعة من العمر عادت من المدرسة تبكي لأن بعض صديقاتها رفض جلوسها معهم أو وجودها بالقرب منهم، شعرت الطفلة بالحزن وطلبت نصيحة أمها فيما تفعله، وكانت الأم جاهزة بإجابة فورية بأن على ابنتها أن تقول لزميلاتها إذا كانوا لا يرغبون في اللعب معها فهي أيضًا لا ترغب في اللعب معهم، على الرغم من قيمة هذه النصيحة، فإن إخبار الطفلة بما عليها أن تفعله وليس مشاركتها في مناقشة الحلول الممكنة حرمتها من فرصة لتقوية مهارتها في حل المشكلات.

مثال أخر عن أخوين يتشاجران دائمًا وعلى كل شيء وأي شيء حتى على من يجلس في المقعد الأمامي من السيارة، ومن يستخدم الحاسب الآلي وكان الوالدان يذكران الأخ الأكبر دائمًا بأن عليه أن يكون أكثر صبرًا لأنه الأكبر، ويحذرانه من عدم طاعتهما التي تجلب عليه العقاب ، وكان الابن من جهته يشعر بالغضب وبأنه لا يعامل بطريقة عادلة، وأخيرًا جلس الوالدان مع الابنين وناقشا معهما ما يترتب على عراكهما من نتائج سلبية على الأسرة، وطلبا منهما التفكير في الحلول الممكنة لبعض المشكلات المعينة، وما يرونه أفضل الحلول من بينها.

ولدهشة الوالدين استطاع الشقيقان أن يطرحا بعض الحلول الوجيهة النابعة من قواعد بسيطة، فقد قرر الشقيقان أن يتبادلا الأدوار سواء في الجلوس في المقعد الأمامي للسيارة أو في استخدام الحاسب.

لقد أشارت الدراسات (٢٥) إلى أن الأطفال حتى في مرحلة ما قبل المدرسة يمكن مساعدتهم كي ينموا طرائق فعالة وواقعية لحل المشكلات واتخاذ القرارات، حين يضع الأطفال خططهم بتوجيه من الآباء يقوى شعورهم بامتلاكهم زمام حياتهم كما ينمو لديهم الصمود.

التدريب علي النظام (التأديب) بطرائق تنمي التنظيم الذاتى وقيمة الذات:

من الأدوار الأكثر أهمية للآباء دورهم في تدريب أبنائهم على النظام (التأديب) لتنمية الصمود لديهم ، وعلى الآباء أن يتذكروا أن كلمة التأديب أو التدريب على النظام

تعني عملية تعليم، إن الطريقة التي يتم بها تأديب الأبناء يمكن أن تدعم أو تضعف تقدير الذات، وضبط الذات وتنمية الصمود.

من الأهداف الأساسية للتدريب على النظام (التأديب) الفعال: (أ) توفير بيئة تضمن للطفل السلامة والأمان، يستطيع الأطفال فيها أن يفهموا ويحددوا القواعد والحدود والعواقب (ب) تدعيم التنظيم الذاتي والتحكم الذاتي (الضبط الذاتي) حتى يستوعب الأطفال القواعد ويطبقونها حتى في حالة عدم وجود الآباء. إن عدم وجود قواعد واضحة ترتبط بنتائج أو عواقب واضحة يؤدي إلى الفوضى وإلى شعور الأطفال أن آباءهم لا يهتمون بهم، ومن ناحية أخرى إذا كان الوالدان يستخدمان القسر والخشونة والصراخ والضرب فسوف يتعلم الأطفال الرفض والمقاومة وليس التنظيم الذاتي.

هناك مبادئ أساسية عديدة يمكن للآباء اتباعها لاستخدام تكنيكات النظام الإيجابية الفعالة، إن التدريب على النظام (التأديب) يلعب دورًا مهمًا في ممارسات الآباء وفي تنمية الصمود ، وفيما يلي وصف تفصيلي لهذه المبادئ:

الممارسات الوقائية:

من المهم أن يكون سلوك الآباء استباقيًا وليس رد فعل أثناء تفاعلهم مع الأطفال وخاصة فيما يتعلق بالتأديب (التدريب على النظام) مثال: أصبحت مشكلات النظام في حدها الأدنى في الأسرة حين كان يسمح للابن ذى فرط النشاط أن يترك مائدة الطعام إذا شعر أنه لا يستطيع الجلوس في سكون، هذا الأسلوب أثبت نجاحًا أكبر من الأسلوب الذي كان يستخدمه الوالدان من قبل وهو الصياح والعقاب، حين تراجع المناخ العقابي تعلم الصبي ضبط الذات، وفي أسرة أخرى توقفت نوبات الصراخ التي كانت تصيب الابن عند ذهابه للنوم حين سمح له الوالدان بترك النور ووضع صورة لوالديه على جانب السرير وهو ما طلبه ليتجنب الكوابيس التي يراها.

الفريق الوالدي:

على الآباء أن يخصصوا وقتًا ليتباحثوا فيه عن توقعاتهم من أطفالهم وكذلك عن الممارسات التي يتبعونها في تأديبهم (تدريبهم على النظام) سواء كان الوالدان مطلقين أو في أسرة مترابطة، وعلى الرغم من صعوبة التطابق بين تصرف الوالدين، لكن عليهما أن يتفقا على أهداف وممارسات مشتركة بما يتطلبه ذلك من تفاوض وتوصل لحلول وسط، على أن يتم التفاوض بعيداً عن الأطفال.

الاتساق وليس الجمود:

إن تصرفات الأطفال في بعض الأحيان تجعل الاتساق في الاستجابة لهم مطلب غير واقعي، يعتقد بعض الأطفال أنهم يستطيعون الضغط على آبائهم وذلك بناءً على خبراتهم السابقة، وأن آباءهم سوف يسلمون ويرضخون أمام بكائهم وإلحاحهم. لكن إذا كانت هناك أسس للتصرف المقبول وغير المقبول وما يترتب عليه من عواقب، فلابد أن يتمسك الوالدان به، وفي الوقت نفسه على الآباء أن يعرفوا أن الاتساق لا يعني الجمود أو التصلب، فالمنحى المتسق في التأديب يدعو للتعديل المتعقل للقواعد والعواقب. فحين يصبح الطفل مراهقًا يسمح له بالسهر في نهاية الأسبوع، حين يصبح التغيير ضروريًا فلابد أن يناقش مع الأبناء حتى يتفهموا سبب التغيير وحتى يسمح لهم بالمشاركة فيه.

الاختيار الدقيق للمعارك:

قد يجد الآباء أنفسهم يذكرون ويؤدبون أولادهم طوال اليوم. من المهم هنا أن يسأل الآباء أنفسهم ما السلوك الذي يتطلب التصحيح وما السلوك الذي لا يحتمل التصحيح على أساس مردوده على نمو الإحساس بالمسئولية والصمود ، لاشك أن

السلوكيات التي ترتبط بسلامة الطفل تتطلب اهتماماً فورياً، أما السلوكيات الأخرى فيكون أساس الحكم عليها القيم والتوقعات في الأسرة، لأن الأطفال إذا عوقبوا على كل تصرف، وإذا أسرف الآباء في توجيه أطفالهم لما يعملوه أو يقولوه بطريقة تعسفية، فلن يؤدي التأديب إلى النتائج الإيجابية المتوقعة.

الاعتماد بقدر الإمكان على العواقب (النتائج) المنطقية والطبيعية:

لابد أن يتعلم الأطفال أن كل سلوك يصدر منهم يرتبط بنتائج معينة أو عواقب معينة، والأفضل ألا تكون هذه النتائج تعسفية أو قاسية، بل تكون بناء على مناقشة بين الآباء والأبناء، فالتأديب (التدريب على النظام) النابع من نتائج طبيعية ومنطقية له فاعلية خاصة. ويقصد بالنتائج الطبيعية تلك التي تترتب على سلوك الطفل دون حاجة لتوضيح من الوالدين، أما النتائج المنطقية فهي تتداخل أحياناً مع النتائج الطبيعية، لكنها تعني تصرف الوالدين استجابة لسلوك الطفل، فالطفل الذي سرقت عجلته، حين يطلب من والديه شراء عجلة جديدة، تكون النتيجة الطبيعية لهذا الطلب أن يساعد الوالدان ابنهما على التفكير في وسيلة ليكسب بها المال اللازم لشراء العجلة الجديدة.

التغذية الرجعية الإيجابية والتشجيع أقوى أشكال التأديب في أغلب الأحوال:

بالرغم أن معظم الأسئلة التي توجه لي (الكاتب) تدور حول النتائج السلبية والعقاب، فلابد من تقدير استخدام التشجيع والتغذية الرجعية الإيجابية منحىً في التأديب والتدريب على الانضباط، فقد يترقب الوالدان قيام ابنهما بأشياء صائبة ليلفتا نظره لها. وعادة ما يسعى الأطفال للفت انتباه الآباء، وقد يكون من المعقول أن يرتبط انتباه الآباء بالسلوكيات الإيجابية أكثر من السلوكيات السلبية ، إن التغذية الرجعية الإيجابية والتشجيع والتعبير عن الحب عوامل ترتبط بتقدير الذات والصمود لدى الطفل أكثر من إعطائه نجمة أو إشارة، حين يشعر الأطفال أنهم محبوبون

ومقدرون، وحين يتلقون التشجيع والمساندة، يكون احتمال ظهور السلوك السلبي لديهم أقل.

خاتمة:

قد لا يستطيع العلم أن يحدد بدقة نسبة تأثير الآباء على نمو الأبناء، لكن وكما أشرنا سابقًا، فأيًا كانت النسبة، فإننا نعرف أن التفاعل بين الآباء والأبناء يومًا بعد يوم له تأثير في تحديد نوعية الحياة التي سوف يحياها الأبناء، يمكن للآباء أن يصبحوا الشخصيات ذات الكاريزما في حياة الأبناء، وذلك من خلال فهمهم وتقويتهم خصائص التوجه العقلي الذي يتسم بالصمود لدى أبنائهم، وذلك بأن يثقوا فيهم، ويغمروهم بحب غير مشروط، ويوفروا لهم فرصًا تدعم جزر الكفاءة ومشاعر القيمة والكرامة. إن تغذية الصمود لدى الأبناء نعمة لا نستطيع تقديرها، إنها منحة يقدمها جيل إلى الجيل الذي يليه.

REFERENCES

1- Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry, 145*, 63–69.

2- Brooks, R. (1991). *The self-esteem teacher*. Loveland, OH: Treehaus Communications.

3- Brooks, R. (1994). Children at risk: Fostering hope and resilience. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*, 545–553.

4- Brooks, R. (1998). Parenting a child with learning disabilities: Strategies for fostering self-esteem, motivation, and resilience. In T. Citro (Ed.), *The experts speak: Parenting a child with learning disabilities* (pp. 25–45). Waltham, MA: Learning Disabilities Association of Massachusetts.

5- Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children: Fostering strength, hope, and optimism in your child*. New York: Contemporary Books.

6- Brooks, R., & Goldstein, S. (2003). *Nurturing resilience in our children. Answers to the most important parenting questions*. New York: Contemporary Books.

7- Carey, W. B. (1997). *Understanding your child's temperament*. New York: Macmillan.

8- Chess, S., & Thomas, A. (1987). *Know your child*. New York: Basic Books.

9- Covey, S. (1989). *The seven habits of highly effective people*. New York: Simon & Schuster.

10- Goldstein, S., & Brooks, R. (2003, June). *Does it matter how we raise our children?* Retrieved from www.samgoldstein.com and www.drrobertbrooks.com.

11- Harris, J. R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way that they do*. New York: Free Press.

12- Hechtman, L. (1991). Resilience and vulnerability in long term outcome of attention deficit disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*, 415–421.

13- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., & Egolf, B. (1994). Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*, 301–309.

14- Keogh, B. K. (2003). *Temperament in the classroom: Understanding individual differences*. Baltimore: Brookes.

15- Kumpfer, K. L., & Alavrado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist, 58*, 457–465.

16- Kurcinka, M. S. (1991). *Raising your spirited child*. New York: HarperCollins

17- Levine, M. D. (2002). *A mind at a time*. New York: Simon & Schuster.

18- Levine, M. D. (2003). *The myth of laziness*. New York: Simon & Schuster.

19- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425–444.

20- Pinker, S. (2002). *The blank slate: The modern denial of human nature*. New York: Viking.

21- Reivich, K., & Shatte, A. (2002). *The resilience factor*. New York: Broadway Books.

22- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598–611.

23- Sachs, B. E. (2001). *The good enough child: How to have an imperfect family and be perfectly satisfied*. New York: HarperCollins.

24- Segal, J. (1988). Teachers have enormous power in affecting a child's self-esteem. *Brown University Child Behavior and Development Newsletter, 4*, 1–3.

25- Shure, M. B. (1996). *Raising a thinking child*. New York: Pocket Books.

26- Siegel, D. S. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.

27- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

الفصل التاسع عشر

بناء فرص تربوية

موريس ح. إلياس، سارة باركر، جنيفرل. روزينبلات

التربية إذن تتجاوز كل الأدوات الأخرى التى أوجدها الإنسان، وهى التى تحقق المساواة في ظروف البشر وهي عجلة التوازن في الآلة الاجتماعية.

التقرير السنوى للجنة التعليم بماسا شوستس

هوراسى مان ١٨٤٨

إتاحة فرص متساوية للتعلم هي حجر الزاوية في فلسفة نظام التعليم العام الأمريكي، على الرغم مما تحقق من تقدم نحو هذا الهدف في السنوات الأخيرة، فإنه مازال هناك تفاوت في جودة التعليم بتفاوت الشرائح الاجتماعية، وهناك عوامل تفسر لماذا أصبح عدم المساواة مألوفًا في البيئات التربوية المحرومة: الضغوط على المعلمين، وتوقعات تربوية متدنية، وعلاقات فاسدة بالتلاميذ، وعدم استقرار في البيئة الأيكولوجية، وثقافة لا تشجع التحصيل الأكاديمي، ولا السلوك الصحيح إلى جانب العديد من الظروف التي تتطلب الاهتمام من التلاميذ والمعلمين والتي تصرفهم بالتالي عن التعليم. على الرغم من سياسات المبادرات التي تسعى للقضاء على هذه المشكلات، فإن التعليم العام الأمريكي مازال بعيداً عن رؤية هوراس مان.

لقد ركزت استراتيجيات التدخل التربوي طويلاً على الحد من أو القضاء على الظروف السلبية مثل تلك التي سبق ذكرها من أجل خلق فرص نجاح للتلاميذ مثل تغيير

السياسات الخاصة بالتعاطي، وتطبيق ممارسات لمنع تكون العصابات وذلك باستهداف بعض خصائص المجتمع وبالتركيز على الأفراد واستجاباتهم لبيئاتهم مثل تقديم خدمات إرشادية، وتحسين الخدمات الصحية في المدارس ، وتقديم مقررات في منع البلطجة. مثل هذه التدخلات كان تأثيرها هامشيًا وغير متسق، وقد يرجع ذلك إلى أن البرامج التي تركز على أوجه محددة للخطر لا تتناول منظومة القوى التي تؤثر في البيئة والتي تتجمع في السياق التربوي ذي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض (٣٥).

لقد قدم "مان" فكرة رائعة فحواها أن التربية عامل يحيد الآثار السلبية الضارة للظروف التي ليس للفرد سلطة عليها. وبالفعل ظل التدخل التربوي لمدة طويلة يغذيه الاعتقاد بأن التعليم يمكنه أن يقلل من عدم المساواة المتوارثة في البناء الاجتماعي عبر التاريخ. وعلى ضوء الرؤية الراهنة والخاصة بأن عدم المساواة ناجم عن تفاعل دينامي بين الفرد وبيئته، فإن المبادرات الخاصة بالتدخل الوقائي الشاملة المترابطة المناسبة لمراحل النمو تمثل احتمالات إيجابية عالية، حيث لا يقتصر تأثيرها على الأفراد فقط وبصورة مباشرة، وإنما يمكن أن تحسن الإطار أو المجال الذي يعيش فيه هؤلاء الأفراد (٧٦). المدارس إذن يمكن أن يكون لها تأثير قوي في مساعدة الشباب على تحقيق نواتج تتسم بالصمود.

التصور النظرى للصمود:

لا يمكن أن ندخل في مناقشة عن الصمود دون أن نتناول أولاً القضايا النظرية المركبة المعلقة المحيطة بالمفهوم، فمنذ أن قدم نورمان جارميزي[1] مفهوم الصمود (٥٦) منذ خمسين عامًا مضت تبنى العديد من الباحثين المفهوم وطبقوه على أعمالهم، ومع ذلك فمصطلح الصمود يستخدم استخدامات متعددة (٢٢) (٢٨). وقد تكون رصيد نظري قوي استجابة لهذه المشكلة الملحة، يناقش الرأي والرأي الآخر حول استخدام

(1) Norman Garmezy.

المفهوم (٢٢)، وبرغم أن التحديات التي تواجه التوصل لمفهوم متكامل عديدة وذات مصداقية فإن الكثير من الباحثين لا يرغبون في التخلي عن هذا المفهوم القوي الألمعي (٤٣).

ليس من أهداف هذا الفصل الدخول في هذه المناظرة، إذ إن المناقشات النظرية تحمل بداخلها خطر الأغراق في التجريد إلى حد التغاضي عن التطبيقات العملية التي تعطي المفهوم معنى. وفي هذا الفصل نتبنى رؤية أن المناقشة النظرية المثمرة تتطلب طرح التطبيقات العملية المنبثقة منها. لذا فسوف نركز في هذا الفصل على استخدام مفهوم الصمود في توجيه برامج التدخل التربوي في المجتمعات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا. ولتحقيق هذا الهدف سوف نركز المناقشة على صياغة تعريف عملي للصمود يعظم استخدامه في تطوير هذه التدخلات المحددة. يبنى التقييم الراهن لقيمة المفهوم على محكين أساسيين تحديداً: (١) مفهوم الصمود لابد أن يضيف قيمة للمفاهيم القائمة. (٢) مفهوم الصمود لابد أن يكون قادراً على ترشيد تصميم التدخلات.

الصمود باعتباره عملية وقائية:

هناك تعريفات عديدة للصمود يصدق عليها هذا المحك، أبسط هذه التعريفات يتساوى مع مفهوم "العمليات الوقائية"(١) في نماذج المخاطر والحماية. هذا المفهوم له أهمية لاشك فيها في بناء التدخلات التربوية في البيئات المحرومة، إن الاتجاه نحو تحديد هذه العمليات أسفر عن تحول مهم في كيفية رؤية الباحثين لمجرى حياة الأفراد الذين يعيشون في بيئات محرومة (٢٠). وبدلاً من التركيز على منع النواتج السلبية، وسع الباحثون مجال التركيز ليشمل جهود تدخلية تدعم عمليات تبين أنها ترتبط بنواتج إيجابية تواؤمية يشار إليها بمصطلح الصمود. لقد تم تحديد ودراسة العديد من أنماط العمليات الواقية (٤٢) نتيجة لهذه الجهود تم تحديد نمطين من العمليات الأول عمليات

(1) Protective Process.

واقية تقوم بمقاومة الآثار الضارة للضغوط (وجود منتور في المدرسة، أو تدريب الآباء على استخدام المناخ المناسبة لمساعدة الأبناء على إنجاز الواجبات المدرسية عندما ينتقلون من المرحلة الابتدائية إلى الثانوية)، والثاني العمليات الإنمائية الخاصة بزيادة الحماية وهي ترفع من كفاءة الأطفال حتى يصبحوا أكثر قدرة على مواجهة الضغوط (وتتضمن المهارات الاجتماعية والوجدانية التي سوف نتناولها في هذا الفصل، أو تدريس الأطفال كيف يواجهون بعض المواقف الضاغطة في بيئاتهم). والنمط الأول يعدل من الأضرار التي يتعرض لها الطفل نتيجة لضغوط البيئة وذلك من خلال تعديل في خصائص البيئة، والثاني يعدل الأضرار التي يتعرض لها الطفل من خلال تغيير قدرة الطفل على معالجة التحديات.

المقدمة الأولية التي تقوم عليها هذه الأفكار - أن هناك طرق للتدخل حتى وإن بدا أن إزالة القوى السلبية أمر يتعذر تحقيقه - هذه المقدمة أساسية في التدخل التربوي في المناطق حيث القوى السلبية التي يواجهها الطفل (الفقر، التمييز) قائمة على المستوى العام، وهذا يتجاوز التأثير المباشر لأي جهود مجتمعية. بهذه الطريقة يحقق تعريف الصمود باعتباره عمليات واقية محك توجيه التدخل التربوي، لكن هذا التعريف لا يصمد أمام المحك الأول وهو تقديم قيمة مضافة للمفاهيم القائمة الأخرى. على الرغم من الاعتراف بأهمية نماذج الخطر والوقاية، فيبدو أن ما يتحقق من فائدة بربط الصمود بهذه النماذج محدود للغاية. إن تطبيق مصطلح غير محدد بمفهوم مستقر يبدو أنه ليس لصالح المصطلح ولا المفهوم.

الصمود باعتباره تفاعلاً بين الحماية والخطر:

على أساس مثل هذا القصور الذي سبق مناقشته، تحفظ بعض المنظرين على مساواة الصمود بالعمليات الواقية، بدعوى أن هذا التساوي يقلل من قوة وإمكانات مفهوم الصمود التنبؤية إلى حد اعتباره وصفًا لاحتمالات تتنافس فيها عمليات الخطر والوقاية (٣٦). هذا الوصف لا يسهم كثيرًا في توضيح أو توسيع النظرية وراء

استراتيجيات التدخل لأنه لا يحدد الميكانيزمات التي يمكن لبرامج التدخل أن تستخدمها لمواجهة مخاطر معينة، فعلى الرغم من أن الباحثين والتربويين لديهم وصفًا جيداً للعمليات التي تساعد معظم الأفراد، لكن ليس لديهم فهم واضح لأفضل الطرق لمساعدة هؤلاء الأفراد الأكثر تعرضاً للنواتج السلبية.

هذه الفجوة في نماذج الخطر والوقاية تقدم منفذاً ادعى البعض من خلاله أن الصمود يمكن أن يقدم أعظم قيمة. تفترض نماذج عمليات الخطر والوقاية خصائصاً شخصية وبيئية تم تحديدها أساسًا من خلال الدراسات الارتباطية، التي تتفاوت في تأثيرها نظريًا على احتمالات وقوع نواتج معينة، على الرغم من أن لها قوة وصفية فإن افتقارها للميكانيزمات السببية تقوض تطبيقاتها في التدخل. إحدى وجهات النظر ترى الصمود وسيلة لإصلاح هذا الضعف بتعريف الصمود بوصفه إطاراً نظريًا ثلاثي الأبعاد (الفرد والبيئة والزمن). في هذا النموذج يشير الصمود إلى عملية فيها قوى واقية تعدل من تأثير عمليات الخطر داخل كل من الفرد والبيئة عبر الزمن لكي تحقق نواتج تواؤمية. هذه الصيغة للصمود لا تتضمن عوامل واقية تؤثر على النواتج بتحجيم عمليات الخطر بالتعامل معها مباشرة، ولا هي تحتوي على عمليات واقية تؤدي إلى النواتج بصرف النظر عن وجود الخطر، وإنما يتكون الصمود من التفاعل المتبادل بين عمليات الخطر وعمليات الوقاية.

واجه هذا النموذج التفاعلي تحديين أساسيين، الأول ذو طبيعة إحصائية (٤٤) حيث إنه في الاعتماد على مصطلح تفاعلي لتحديد الأفراد الذين يتسمون بالصمود لن يستطيع الباحثون تحديد العدد الفعلي للأفراد على أساس التفاعل، ولن يستطيعوا إعادة نتائجهم لصغر حجم التأثير الذي يرتبط بالمصطلحات التفاعلية، نماذج الصمود القائمة على التفاعل بين عمليات الخطر وعمليات الوقاية تواجه مأزقًا آخر، فبصرف النظر عما يتضمنه النموذج من تفاصيل فيمكن أن يصل إلى درجة أكبر من التدقيق، حيث يرى (٣٦) أنه يحتمل أن الأفراد الذين نعتبرهم يتسمون بالصمود لم يمروا نهائيًا بمواقف الخطر التي مر بها نظرائهم المستهدفون، بل يمكن أن يرجع اعتبارهم

أنهم يتسمون بالصمود إلى أن النماذج المتاحة في المجال غير قادرة على التنبؤ كيف يعمل الخطر حين يوجد مع عوامل أخرى.

مثالاً على ذلك: وجد أن مظاهر الصمود تتحقق في المدارس التي تكثر فيها المشكلات (عامل خطر) بين التلاميذ ذوى وجهة الضبط الداخلية ومهارات حل المشكلات الاجتماعية (عوامل واقية) ويمكن أن نفترض بناء على ذلك أنهم لا يتسمون بالصمود لأنهم لم يمروا بالخطر أصلاً، فقد ميز الباحثون بين عوامل الخطر القريبة[١] والبعيدة[٢] في تفسير هذا الموقف. بدعوى أن عدم فهم العوامل القريبة أو المباشرة أدى إلى وجود نماذج لا نستطيع التمييز فيها بين وجود عوامل واقية وغياب عوامل الخطر، وبالتالي ففي هذا المثال الظاهرة ليست صموداً بقدر ما هي امتلاك وجهة الضبط الداخلي المناسبة ومهارات حل المشكلات الاجتماعية المناسبة، حتى لو كشفت البحوث فيما بعد أن هناك أفراداً لا يمتلكون وجهة الضبط الداخلية ومهارات حل المشكلات الاجتماعية، لكنهم أيضاً يتسمون بالصمود بسبب وجود خصائص شخصية أو بيئية تتفاعل مع البيئة المدرسية التي تكثر بها المشكلات، فيمكن حينذاك أن نحتج بأن قصور النموذج عن التنبؤ وليس الصمود ما يفسر نجاح هؤلاء التلاميذ (٣٦).

الصمود باعتباره مفهوماً لحفظ المكان[٣] :

في الفصل الذي كتبه كابلان ١٩٩٩ وأفاض فيما أوجزناه في المناقشة السابقة انتهى كبلان إلى أن الصمود مفهوم كان مفيداً وانتهى زمنه. الواقع أن تصور الصمود باعتباره سمة شخصية أو عملية ذات اتساق تصور لا يصمد أمام التفحص الدقيق، حيث لا توجد خصائص قابلة للملاحظة وعامة في كل المواقف الشخصية دالة على

(1) Proximal.

(2) Distall.

(3) Placeholder.

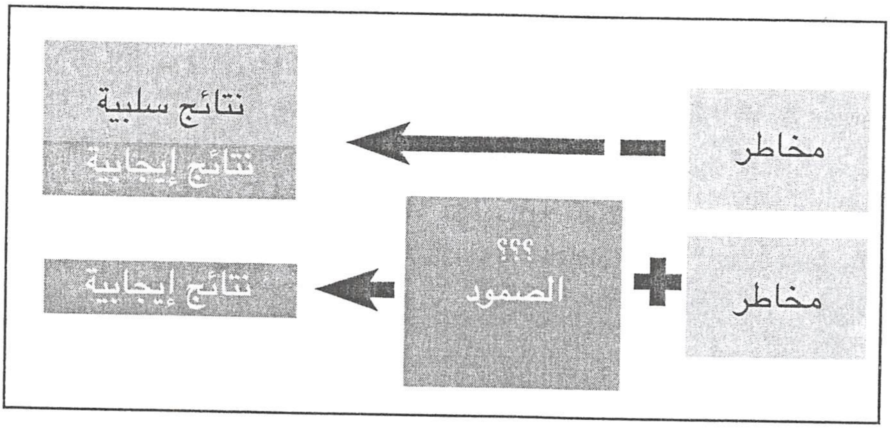
الصـمـود. الصـمــود صــورة من صــور الخـروج عن القـاعـدة أو فـشل في نموذج التنبؤ[1] . أما الأسباب المحتملة لهذا الخروج عن القاعدة فهي لا نهائية (٣٦)، وتمتد من السياق الاجتماعي العريض للطفل إلى أدق تفاصيل البيئة في اللحظة المحددة التي تم فيها رصد ناتج معين أو أية تجميعة بين العوامل بين هذا وذاك. إن البحوث التي تحدد المتغيرات التي تفسر الخروج عن القاعدة تكون ذات قيمة نظرية وعملية أكبر حين تنضم هذه المتغيرات في نموذج تنبؤ دقيق ينطبق على كل الأفراد المعرضين للخطـر، ولا يفصل منهم فئة باعتبارهم هم من يتسمون بالصمود. في هذه الحالة لا يعتبر الصمود ظاهرة محددة في ذاتها وإنما أداة تصورية أو مفاهيمية في تطوير نماذج تنبؤية تتزايد دقتها. هذه الأداة التصورية المفاهيمية يمكن أن تعمل على حفظ المكان، وتشير إلى مجموعة مــن الأفـراد فشل النموذج التنبؤى في االتوصل لها، وتحفظ مكـانًا (أو خانة) في النمـوذج للمتـغيــرات التي لم يتم اكتشافها بعد، التي يمكن أن تفسر هذا الفشل.

تتفق محاجاة كابلان مع هذه الرؤية الخاصة بحفظ المكان في تصور حدود استخدام مفهوم الصمود، ويعود الاختلاف إلى انتهاء صلاحية هذا الاستخدام. على الرغم من أن كابلان يرى أن الصمود مفهوم استخدم تاريخيًا لإلقاء الضوء على فشل التنبؤ وحاجة بعض النماذج للدقة، فهو يرى أن هذه الوظيفة عملت على مستوى مفاهيمي تصوري. وهو في هذا فقد حقق مفهوم الصمود دوره في المنفعة. وعلى النقيض فنحن (الكاتب) نرى أن مفهوم الصمود مازال مستمرًا في تطبيقاته في عملية تنقيح كل نموذج تنبؤ فردي، ويقضي بفحص النتائج غير المتوقعة ويحتفظ بمكان في النموذج للعوامل التي سوف تفسرها. إن مفهوم الصمود له فائدة دائمة ليس فقط في تطوير نماذج جديدة، وإنما في التنقيح المستمر للنماذج القديمة. هذه العملية لا نتوقع لها الانتهاء إلى نموذج يقدم تنبؤات كاملة، وتستطيع النماذج بل وعلى النماذج أن تزداد

(١) ينصب الصمود على الأفراد الذين حققوا نتائج لا تتفق مع ما يتوقع لهم؛ حيث إنه يمثل نجاحا لمن كان يتوقع لهم الفشل وبهذا فإنه يمثل فشل التنبؤ.

دقة في سلسلة متتابعة للاقتراب من الهدف. يساعد في كل مرحلة هذه العملية القيام بفحص أمثلة لنواتج الصمود وتحليل هذه الأمثلة للبحث عن الفروق المنتظمة التي يمكن أن توجه البحث نحو تحديد منبآت جديدة.

إن تصور الصمود باعتباره يقوم بحفظ المكان Placeholder كما يصوره شكل (١٩-١) يقدم أعظم استخدام تطبيقي في تصميم التدخلات التربوية للشباب الذين نعتبرهم في خطر، وهكذا يتحقق المحك الثاني لتعريف المفهوم. إن تنقيح النماذج التنبؤية أمر أساسي سواء في المساعدة في تحديد أهداف يسعى التدخل لتحقيقها بدقة، وكذلك للكشف عن عمليات عوامل الخطر والوقاية التي يوجه لها التدخل، وهذا التوجيه لجهود التدخل من خلال التدقيق فيما تتضمنه برامج التدخل وما تهدف إليه، قيمة مضافة للمفهوم تحقق المحك الثاني الذي طرح في بداية هذا الفصل.



شكل ١٩-١ مفهوم حفظ المكان فى تعريف الصمود

تحديات مفاهيمية معلقة (لم تحل) :

هذا التعريف لا يحل كل الصعوبات المتعلقة بالمفهوم، فعلى الباحث أن يصدر حكمًا شخصيًا فيما يراه يمثل نتيجة إيجابية حتى داخل البيئة التربوية. يعتمد هذا

الحكم بالضرورة على المنظور المتحيز ثقافيًا للباحث، وهو منظور قد يغفل بعض العوامل الفعالة الأساسية في مجتمع الدراسة أي جمهور الدراسة موضع الاهتمام. ومع ذلك فتصور مفهوم الصمود في إطار معين في المناقشة الحالية ويتمثل في مؤسسة تعليمية ذات مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض في حي شعبي - يقلل من هذا التحيز (٣٦). إن إكمال التعليم والتحصيل يعتبر نتيجة إيجابية لأن الثقافة السائدة تضع قيمة عالية للنظام التربوي ولمن يشاركون فيه، إن الأسر التي تشارك في التعليم العام تدخل في عقد اجتماعي غير مكتوب مع المدارس، وهذا العقد لا يتحقق إلا بتبادل مستوى متفق عليه من المهارات مقابل الحصول على قدر معين من التمرس. هذا العقد يساعد على رسم خطة بصورة أكثر موضوعية عما يشكل النتائج الإيجابية في نموذج الصمود التربوي.

إن التركيز على الصمود في الإطار التربوي يسمح للباحثين بتجنب أوجه نقد شائعة واجهتها دراسة الصمود؛ فلكي نستوعب المتطلبات الإحصائية واللوجستيكية للبحث ، يعرف القائمون بالبحث النتائج الإيجابية في صيغة محدودة، ولا يستطيعون التعرف على أوجه الحياة العديدة التي يمكن أن يحقق فيها الفرد النجاح. ونتجت عن ذلك نماذج للصمود تبدو أنها تهمل مجالات مهمة حقق فيها النجاح من لم يحققوا الصمود، مثال تلميذ ترك الدراسة ليعول أسرته، هذا التلميذ يعتبر من منظور نماذج الصمود التي تركز على إنهاء التعليم لا يتسم بالصمود. إن نموذج الصمود التربوي يتجنب ذلك لأنه يقصر تركيزه على مستوى الصف ١٢ للحد الأدنى للتعليم.

وبهذا نستطيع أن نطبق تعريفًا مقبولاً محدودًا بمجال محدد[1] لما يعتبر تواؤمًا إيجابيًا (التخرج والنجاح في المقاييس المقننة) والاعتراف في ذات الوقت بأن الأفراد

(1) Context- Spesific.

الذين لم يحققوا الأداء الأمثل في هذا المجال يمكنهم أن يحققوه في مجالات أخرى في حياتهم.

بشكل عام نجد أن العمل من خلال الإطار التربوي للصمود نستفيد من كثير من مزاياه وفي الوقت ذاته نتجنب بعض محاذيره. داخل حدود هذا التركيز الضيق سوف تستخدم التحصيل الأكاديمي (متوسط الدرجات والدرجة على المقاييس المقننة وتقييم المعلم للأداء التعليمي ومستوى الصف المدرسي) أثناء الوجود في مدرسة عادية ذات مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض، مستوى الصف ١٢ مقياس التوائم الإيجابي في عملية الصمود التربوي.

تصميم التدخل:

يرجع السبب في تبني منظور "حفظ المكان" باعتباره تعريفًا لمفهوم للصمود إلى قدرته على وضع بناء واضح يمكن من خلاله أن تصبح النماذج التنبؤية أكثر دقة، كما يمكن تصميم برامج التدخل، هذا التفسير للصمود يؤدي بنا إلى منحى من أربع خطوات:

(١) **تحديد عوامل الخطر البعيدة (غير المباشرة):** في ضوء الهدف الأساسي نحو تحقيق تساوي الفرص التربوية، فإن نقطة البدء هي تحديد عامل خطر واحد هو الوجود في المدارس ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض- وعامل واحد ناتج عنه أو يرتبط به هو ضعف التحصيل المدرسي.

(٢) **تحديد نماذج أو أمثلة للصمود** : الخطوة التالية هي تحديد التلاميذ الذين لا تنطبق عليهم العلاقة التنبؤية الأساسية وهم من حققوا نجاحًا مدرسيًا على الرغم من الظروف غير المواتية في المدرسة.

(٣) **البحث عن الفروق المنظومية التي تميز بين نماذج (أمثلة) الصمود:** أحسن تصور لهذه الفروق غياب عمليات الخطر ووجود العمليات الواقية، أو وجود عوامل متفاعلة من الخطر والوقاية. على الرغم من صعوبة التمييز إجرائيًا بين غياب عوامل الخطر ووجود عوامل الوقاية، فإن مثل هذا التمييز نادرًا ما يكون ذا فائدة عمليًا. كما سوف يرد في الجزء التالي، فإننا نفترض أن المهارات الاجتماعية والوجدانية تشكل عمليات وقاية تميز التلاميذ من الناجحين في الدراسة في البيئة المدرسية شديدة الخطورة.

(٤) **تحديد أفضل البدائل للتدخل:** عندما يتحقق الفهم النظري للعمليات المرتبطة بنماذج من الصمود، على القائمين بالتدخل أن يتبنوا أسلوبًا عمليًا لتقدير ما يترتب على هذا الفهم. وتتخذ القرارات من أجل تحجيم تأثير عمليات الخطر المحددة أو تدعيم عمليات الوقاية المحددة. في المجتمعات فقيرة الموارد من الضروري أن يصمم التدخل بحيث يحقق أنسب توازن للفاعلية والكفاءة.

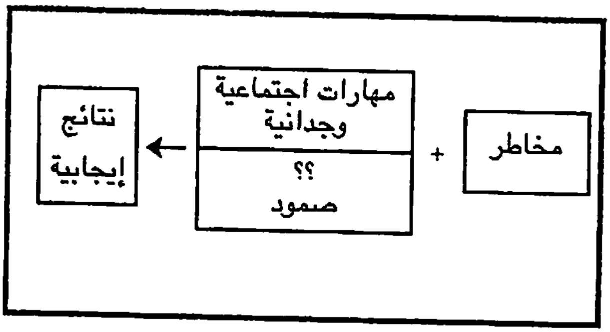
التعلم الاجتماعى الوجدانى[١] :

سوف نتناول في الجزء التالي تطبيقًا للإطار الذي طرحناه من أجل تحقيق هدفنا في تساوي الفرص التربوية، ويعتبر المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض العامل الخارجي للخطر في المجال التربوي (١٥)، إذ إن التلاميذ في مثل هذه البيئة التربوية في خطر شديد وناتج تعليمي متدن، في حين أن هذا الارتباط بين الخطر والناتج يمثل تنبؤًا فإنه لا يمثل ما سوف يؤول إليه هذا الارتباط، فبعض التلاميذ يمثلون حالات استثنائية لهذه القاعدة ويجدون طريقهم إلى النجاح المدرسي على الرغم

(1) Social and emotional learning.

من البيئة المدرسية المليئة بالتحديات. وتوجهنا منظومة الصمود التربوي نحو دراسة هذه الحالات الاستثنائية كي نجد طريقًا لتغيير القاعدة الارتباطية بين البيئة المدرسية والناتج التعليمي.

وتكون الخطوة التالية دراسة أوجه الاختلاف التي تميز هؤلاء التلاميذ عن أقرانهم. وتشير كثير من البحوث إلى المهارات الاجتماعية والوجدانية باعتبارها عوامل مفتاحية تميز التلاميذ الذين يحققون نجاحًا مدرسيًا في بيئات مليئة بالتحديات. الصمود يحفظ مكانًا[1] للمتغيرات في نموذج تنبؤي يستوعب هذه الأمثلة للنجاح المدرسي فى بيئة تمتلئ بعوامل الخطر، وأحد هذه المتغيرات التعلم الوجداني الاجتماعي، شكل (١٩-٢) .



شكل ١٩-٢

نموذج نظري للتعلم الاجتماعي الوجداني باعتباره متغيراً في تفسير الصمود

تعريف التعلم الاجتماعي الوجداني:

يلتحق التلاميذ بالمدرسة حاملين خبراتهم واستراتيجياتهم المعرفية، ومزودين بمهاراتهم الاجتماعية والوجدانية ، وقد نمت لديهم هذه التكنيكات من خلال تفاعلهم

(1) Place Holder

داخل أسرهم ومجتمعاتهم، يمكنهم أن يتعلموا استراتيجيات جديدة في بيئة المدرسة من خلال برامج التعلم الاجتماعي الوجداني. هذه المبادرات تهدف إلى تنمية الكفاءة الاجتماعية، ونعني بها القدرة على تحقيق التكامل بين المعرفة والوجدان والسلوك من أجل إنجاز المهام الاجتماعية المحددة والنواتج النمائية الإيجابية ، وهي مجموعة من المهارات والاتجاهات والقدرات والمشاعر الأساسية التي تكتسب معنى وظيفيًا في إطار الثقافة والجيرة والمواقف (١٤). باختصار إن برامج التعلم الاجتماعي والوجداني تساعد التلاميذ على جمع المعرفة والمهارات التي تيسر أفضل معالجة وجدانية وأفضل استجابة للبيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها. وتتضمن المهارات المستهدفة الوعي بالذات وإدارة الذات والوعي المجتمعي ومهارات العلاقات الاجتماعية واتخاذ القرار (٥).

التعلم الاجتماعى الوجدانى باعتباره منبأ بالصمود:

إن الدعوى باعتبار مهارات التعلم الاجتماعي الوجداني متغيرات مهمة تفسر نماذج الصمود، تتطلب دعمًا إجرائيًا على مستويين، المستوى الأول إجرائي أساسه أن مهارات التعلم الاجتماعي الوجداني يمكن أن تميز بين نماذج الصمود باعتبارها نتائج غير تقليدية والنتائج المدرسية التقليدية. مثل هذا البحث ذو منهج ارتباطي وبالتالي محدود في قدرته على الاستدلال على العلاقة السببية ، لكن الكشف عن السببية يمكن أن يتحقق في المستوى البحثي الثاني – وهو برامج التدخل والتقييم التي تسمح بالضبط التجريبي للمهارات المستهدفة، وبالتالي تقدم دليلاً أقوى لصياغة النموذج على أساسه.

في المستوى الأول وجدت عدة دراسات أن مهارات التعلم الاجتماعي الوجداني (أو ما يقرب منها) ترتبط بحالات الصمود الأكاديمية. مثال، حددت الدراسات ارتباطًا بين التحصيل المدرسي والمهارات الاجتماعية الوجدانية (٣) (١٠) (١٨) (٣١) (٤٧). كما وجدت البحوث ارتباطًا بين المهارات الاجتماعية الوجدانية والأداء المرتفع على المقاييس المقننة (٤٥) (٧٥) (٧٧)، وعلى العكس يرتبط المسلك المضاد للمجتمع بضعف الأداء المدرسي (٣٠) (٤٧).

التعلم الاجتماعي الوجداني وبحوث التدخل:

هذه الارتباطات التي أشرنا إليها مشجعة، لكنها ليست قاطعة فيما يتعلق بالدور المحدد الذي تلعبه مهارات التعلم الاجتماعي الوجداني في حالات الصمود. لكن البحث في المستوى الثاني التدخل - التقييم[1] يساعد في توضيح النموذج السببي في هذه العلاقات. على الرغم من أن إجراءات التناول الدقيق لمهارات التعلم الوجداني الاجتماعي تكاد تكون مستحيلة، فإن بحوث التدخل اقتربت من هذه المعالجة من خلال إتاحة فرص تنمية مهارات التعلم الاجتماعي الوجداني لمجموعات تجريبية، إن الدراسات ذات التقييم الجيد تستخدم مقاييس لقياس مهارات التعلم الاجتماعي الوجداني لاختبار مدى تحقيق التدخل لأهدافه من خلال اكتساب المشاركين لتلك المهارات. على الرغم من أن الميكانيزمات المسئولة عن الفروق التي توجد في المجموعة التجريبية لا يمكن القطع بتحديدها، فإن هذا المنهج حيث التصميم التجريبي والقياس القبلي والبعدي يقدم أفضل المناهج العلمية التي تتيح للباحثين أكبر قدر من التأكد.

لقد أجريت العديد من الدراسات لتحليل البرامج الوقائية التي تقدمها المدارس، وكان بينها اتفاقًا عامًا، أن بعض هذه البرامج فعالة في الحد من السلوك اللاتوافقي بما في ذلك تدني التحصيل المدرسي (١١) (١٣) (٥١). وهناك دليل على العلاقة بين التعلم الاجتماعي الوجداني وتحسن النتائج التعليمية. وتقدم هذه النتائج مبررًا عمليًا لتطبيق برامج التعلم الاجتماعي الوجداني لكنها تقدم تفسيرًا نظريًا محدودًا لما تحققه من فاعلية. سوف نركز فيما تبقى من هذا الفصل على طرح إجابات مقترحة عن أسباب فاعلية التعلم الاجتماعي الوجداني، والميكانيزمات التي يستخدمها ومميزات تطبيقاته. ولابد أن نؤكد أن هذه المناقشة نظرية وإلماعية وليست عملية أو إجرائية، وسوف يكون أحد أهداف البحث في هذا المجال في المستقبل تصميم دراسات للكشف عن العمليات المحددة وراء نجاح التعلم الاجتماعي الوجداني.

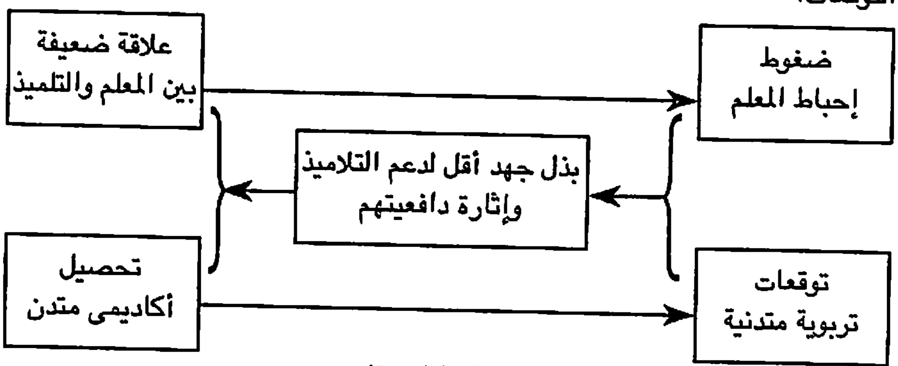
(1) Intervention - evaluation.

إن الافتراض الذي يوجه المناقشة الحالية أن أي متغير يمكن أن يفسر الصمود التربوي يعتمد على التفاعل الدينامي بين ثلاثة أبعاد: الشخص والبيئة والزمن، هذه الأبعاد يحدد بعضها بعضًا، وبالتالي فلا معنى من دراسة أي منها دون الآخرين، وهكذا فإن مناقشة العوامل المحتملة للصمود التربوي تفترض أنها ذات طبيعة ثلاثية الأبعاد. برامج التعلم الاجتماعي الوجداني في المدرسة تتعارض مع الميكانيزمات الشائعة للخطر، وتتبنى الموارد الواقية في الأبعاد الثلاثة للصمود التربوي ، التلاميذ أنفسهم، والبيئة التربوية الاجتماعية، والتفاعل بين هذين البعدين عبر الزمن.

لكي نصل لفهم أوضح للميكانيزمات التي من خلالها يمكن حماية التلاميذ ذوي الصمود التربوي من التأثيرات السلبية على النتائج التعليمية ، من الضروري تحديد عمليات الخطر التي ترتبط بالفقر وهي عوامل خارجية تتحول إلى عوامل قريبة داخلية للخطر في الإطار التربوي. ونحدد فيما يلي هذه الميكانيزمات التي يفترض أنها تتوسط العلاقة بين الفقر والتحصيل الأكاديمي الجيد. تغطي المناقشة تصنيفات عوامل الخطر التي تم استخلاصها من استعراض أدبيات الإصلاح التربوي ، والصمود ، ومجالات الصمود التربوي. وكانت العمليات التي تم اختيارها هي تلك التي وجدت على المستوى النظري والتطبيقي في المدارس ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض أكثر من وجودها في المدارس الأغنى، وكانت العمليات مرتبطة أيضًا بالنتائج المدرسية الأضعف في هذه المجتمعات، وكانت تعتبر وسائط في العلاقة بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي والنتائج التعليمية على المستوى النظري والتطبيقي ، لقد تم التوصل لمصادر الخطر التي سوف نتناولها من تجميع الميكانيزمات التي تمثل عناصر في العملية الأكبر على المستوى النظري والعملي. وقد نتج عن هذا المنهج الميكانيزمات العريضة الآتية للتدخل: عوامل تؤثر في ديناميات العلاقة بين التلميذ والمعلم (مثال: توتر، إحباط المعلم، تدني التوقعات التعليمية، اختلال العلاقة بين التلميذ والمعلم) وعوامل تؤثر في ديناميات العلاقة بين التلميذ والمجتمع (عدم الاستقرار الأيكولوجي، الانفصال بين ثقافة المدرسة وثقافة المجتمع). وفي الجزء التالي سوف نتناول العمليات التي يتفاعل من خلالها التدخل الاجتماعي الوجداني مع هذه المخاطر نظريًا وندعمها بالبحوث الميدانية.

التفاعل بين التلميذ والمعلم:

إن أسلوب التفاعل بين التلاميذ والمعلم والإدارة له تأثير كبير على تعلم التلميذ (٧٤)، كما أن المناخ الوجداني في المدارس ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض وذات الأداء المدرسي المنخفض، يؤثر في المعلمين بطريقة تضر بالنواتج الأكاديمية التعليمية للتلاميذ خاصة في المناخ الوجداني، الذي له وظائف قريبة ومباشرة على التلاميذ من خلال مستوى التوتر المرتفع للمعلمين وانخفاض توقعاتهم من التلاميذ وكلاهما أكثر شيوعًا في البيئات التربوية ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض (٥٤). هذه العوامل تثبط تحصيل التلاميذ من خلال عدم تشجيع المعلمين على بذل الجهد والوقت الذي يدعم ويقوي دافعية تلاميذهم بطرق إيجابية، كما يظهر من شكل (٣-١٩) فإن نتيجة هذا التفاعل تظهر في ضعف العلاقة بين التلميذ والمعلم وانخفاض الأداء الأكاديمي، وكلاهما يدور في حلقات من توتر المعلمين وضعف التوقعات.



شكل ١٩ - ٣

التأثير المتبادل في المدارس ذات مستوى الخطر المرتفع

وهذه الحلقة المفرغة تثير القلق والإزعاج في المدارس ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، حيث إن العلاقة الإيجابية بين التلميذ والمعلم تحمي التلاميذ المستهدفين للخطر من النتائج التعليمية السلبية (١٧) ، وترى بعض الدراسات أن هذه

العلاقات لها قيمة وقائية خاصة بالنسبة لأطفال الأقليات (٥٠) (٧٤)، وللأسف فإن البيانات تشير إلى أن أطفال الأقليات لا يتمتعون بعلاقات قوية بمعلميهم بالمقارنة بزملائهم ذوى الظروف الأفضل. لقد تم حصر العوامل المؤثرة في أحياء المدارس المحرومة في شكل (٣-١٩) وتتضمن عدم الترابط بين المعلمين والإدارة ، والافتقار لمهارات التفاعل، ومهارات تنظيم الذات لدى التلاميذ لبناء علاقات قوية بالراشدين، والتعرض لمواجهات يومية تستنفد طاقة التلاميذ والمعلمين على حساب العلاقات البناءة بينهما.

يمكن للتدخل (التعلم الاجتماعي الوجداني) أن يحسن الحلقة المفرغة لتوتر المعلمين والتوقعات المنخفضة، والعلاقات الضعيفة بين المعلمين والتلاميذ، والأداء المدرسي المنخفض بطريقتين: (١) من خلال التنمية المهنية التي تساعد المعلمين على معالجة توتراتهم وعلى فهم الدور الذي تلعبه التوقعات المنخفضة في سلوك الطالب. (٢) تشجيع التلاميذ على تغيير سلوكهم بحيث يتمكنون من المثابرة على المهام التعليمية الصعبة ويحصلون على مساندة أكبر من المعلمين، وسوف نناقش هذه الميكانيزمات بالتفصيل فيما يلي.

ضعف العلاقات بين المعلمين والتلاميذ:

تأثير المعلمين:

حين تكون بيئة المدرسة في حالة اضطراب، يتحول جهد المعلمين من التربية وإثارة الدافعية لدى التلاميذ إلى معالجة السلوكيات المشكلة لدى التلاميذ من ناحية والانشغال بسلامتهم الشخصية من ناحية أخرى، إن التوتر والإحباط اللذين ينتجان عن هذه المشكلات وغيرها من مظاهر البيئة المدرسية المضطربة ينقصان من مستوى التزام المعلمين نحو تلاميذهم ونحو المهنة نفسها، ويؤدي إلى الإنهاك النفسي، وتشير معاملات الارتباط الموجبة بين عدد سنوات الخبرة لدى المعلمين وتحصيل التلاميذ إلى

أن عجز المدارس ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض عن الاحتفاظ بالمعلمين ذوى الخبرة عامل يضعف خبرات التلاميذ التعليمية (٢٣) .

توجه برامج التعليم الوجداني الاجتماعي نحو ضغوط المعلمين من خلال التنمية المهنية، إن التوجيه والتدريب الذي يتلقاه المعلمون في برامج التعليم الاجتماعي الوجداني يساعدهم على اكتساب مهارات التنظيم الوجداني وحل المشكلات الاجتماعية، التي ينقلونها بدورهم إلى تلاميذهم. هذه المهارات تساعدهم على أن يتدبروا توتراتهم ومطالبهم التي تنشأ أثناء قيامهم بأدوارهم بوصفهم معلمين، ويمكن أن ترفع كفاءتهم المهنية ورضاهم المهني (٥). أفضل برامج التعلم الوجداني الاجتماعي تلك التي تقدم نموًا مهنيًا كما تقدم أدوات للعاملين من الداخل والخارج وذلك قبل تطبيقهم للبرنامج لملاحظة تطبيق البرنامج، وتغذية مرتدة وتوجيه للمعلمين (٦)، وبهذه الطريقة يتمكن المعلمون من استخدام طرقًا جديدة أكثر فاعلية للمحافظة على مناخ إيجابي ومنتج في الصف المدرسي.

كثير من برامج التعلم الاجتماعي الوجداني تقدم مساندة للمعلمين، من هذه البرامج التي تقدم تنمية مهنية شاملة برنامج فصول متجاوبة (مؤسسة نورث إيست للأطفال).[1] يضع البرنامج تأكيدًا أقل على المهارات الاجتماعية الوجدانية وتأكيداً أكبر على تغيير استراتيجيات المعلمين، بتطبيق ست ممارسات تساعد في تحقيق أهداف البرنامج وهي: تنظيم الصف الدراسي، اجتماعات الصباح، قواعد النظام وما يترتب عليها من نتائج، الاختيار الأكاديمي، الاستكشاف الموجه، التواصل مع الأسرة. هذه الاستراتيجيات تساعد المعلمين على إدارة الصف الدراسي بطرق إيجابية تساعد على خفض الإحباط والقلق. وتتبنى الاستراتيجيات العلاقات الإيجابية الفعالة بين التلميذ والمعلم، التي تعمل بدورها على خفض توتر المعلم. ويتضمن برنامج "فصول متجاوبة" للتنمية المهنية ورش عمل، وبرامج صغيرة مكثفة واستشارات فردية وخطوط توجيهية عريضة تساعد المعلم على تطبيق ودمج البرنامج في المنهج المستخدم (٦).

(1) Responsive Classroom (North east Foundation for children).

تأثير التلاميذ:

إلى جانب تحسين العلاقة بين المعلمين وتلاميذهم بتخفيض مستويات الضغوط والإحباط، تدرس برامج التدخل الاجتماعي الوجداني مهارات حل المشكلات الاجتماعية بصورة مباشرة وصريحة يمكن تعميمها على العلاقة بالزملاء والتفاعل مع الراشدين، هذه المهارات تزيد من احتمال أن يظهر التلاميذ سلوكًا إيجابيًا مساندًا حيال معلميهم. المهارات الاجتماعية والوجدانية الأولية التي تساعد التلاميذ أن يصبحوا على وعي بمشاعرهم ومشاعر الغير، وأن ينظموا استجاباتهم، ويتخذوا قرارات جيدة وكلها تساعد التلاميذ على التواصل بكفاءة وانفتاح مع مدرسيهم. يستخدم برنامج "مجتمع مدرسي مهتم"[1]، مثلاً عددًا من الاستراتيجيات تهدف بصفة خاصة إلى تقوية العلاقة بين المعلم والتلميذ، وتقدم هذه الاستراتيجيات من خلال جدول المقابلات العادية في الفصل، حيث تدرس وتمارس مهارات الاتصال وإدارة العلاقات من قبل المعلمين والتلاميذ. وتناقش في المقابلات المشكلات وتخطط للأنشطة الصفية واتخاذ القرارات الخاصة بالصف والتأمل فيما يجري فيه من أحداث. ويكون التأكيد على خلق بيئة يشعر فيها التلاميذ بالراحة ويعبرون فيها عن آرائهم ويشعرون أنهم مقدرون باعتبارهم أفرادًا لهم إسهام في مجتمع الصف.

ويمكن لبرامج التعلم الوجداني الاجتماعي أن تحسن مناخ الصف بصورة كبيرة من خلال تزويد المعلمين بأساليب إيجابية وفعالة في إدارة الصف. هذه الأساليب تخفض من توتر المعلمين وتستبعد الكثير من الأمور التي تشتت عمليات التعليم والتعلم. كما تساعد برامج التعلم الوجداني الاجتماعي المعلمين والتلاميذ أن يتعلموا طرقًا فعالة وصريحة للتعبير عن الصراعات والضغوط الوجدانية. حين تستخدم في الصف الدراسي، وتتحسن العلاقات بين المعلمين والتلاميذ، يصبح المعلمون أقدر على استثارة دافعية التلاميذ وتقديم المادة التعليمية بصورة أفضل.

(1) The Caring school community program.

تدنى التوقعات الأكاديمية:

تشير الكثير من البحوث إلى التأثير القوي لتوقعات المعلمين على الناتج التعليمي للتلاميذ، بصرف النظر عن درجة الاتساق بين هذه التوقعات والتحصيل الفعلي السابق للتلاميذ (٢٤) (٥٨) (٥٩) (٧٣). وقد أعيدت هذه الدراسات حديثًا على عينات من الأحياء الفقيرة (٢١) (٣٨). وتشير بعض البيانات إلى أن توقعات المعلمين لأداء التلاميذ في البيئات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة أقل من توقعاتهم للعاديين. وفي دراسة (٥٣) عن الفروق بين تقارير التلاميذ الخاصة بتوقعات المعلمين لنجاحهم على المدى الطويل لدى مجموعات متفاوتة في المستوى الاقتصادي الاجتماعي (مرتفع – منخفض) وفي العرق (أمريكيون من أصول أفريقية – أمريكيون من أصول أوروبية). كان تقرير الأفارقة ذوى المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني يشير إلى انخفاض توقعات المعلمين مقارنة بالتلاميذ من أصول أوروبية. وهناك تفسيرات عديدة لعدم المساواة في التوقعات، أولاً التوقعات المنخفضة دالة على نمط عقائدي جامد لدى المعلمين حيال الأقليات وذوى المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، وهناك تفسير آخر مؤداه تأثر إدراك المعلمين للتلاميذ في البناء التربوي بالبناء القيمي للثقافة السائدة (٥٣). وأخيرًا إذا اعتبرنا أن العرق والطبقة من عوامل الخطر المهمة في الصعوبات المدرسية فقد تعبر توقعات المعلمين عن خبراتهم مع التلاميذ.

تأثير المعلمين:

يستهدف التعلم الاجتماعي الوجداني توقعات المعلمين السلبية بصورة مباشرة وغير مباشرة، فالمنحى المباشر يتضمن التنمية المهنية التي تعبر عن أهداف التعلم الاجتماعي الوجداني، والعمليات التي يتم من خلالها تحقيق هذه الأهداف، والبحوث التي تدعم فاعليتها. هذه العملية تحول إمكانات التلاميذ في التعلم إلى واقع خارجي وهي ظاهرة تتعارض مع التوقعات الأكاديمية المنخفضة، يقدم هذا التدريب استراتيجيات

محددة لتساعد المعلمين على أن يصبحوا على وعي بتوقعاتهم وبأسلوبهم في توصيل توقعاتهم إلى التلاميذ، وبالتالي إمكان تغيير ذلك، فمثلاً برنامج "المهارات والفرص والتقدير[1] (SOAR) يساعد المعلمين على وضع معايير واضحة وتوصيلها إلى التلاميذ، بالإضافة إلى تشجيع المعلمين على البحث عن مجالات القوة لدى كل تلميذ، والتعبير عن تقديرهم للتلاميذ على أساس هذه القوى. SOAR تتعارض بصورة مباشرة مع التوقعات المنخفضة وبالتالي تقلل من احتمال توصيل التوقعات المنخفضة للتلاميذ.

وهناك منحى آخر في التعلم الوجداني الاجتماعي ليس مباشراً كالسابق لتعديل التوقعات الأكاديمية المنخفضة، ويتكون من دعم أداء التلاميذ، وسوف نناقش الميكانيزمات التي يستخدمها فيما يلي. كثير من برامج التعلم الوجداني الاجتماعي ذات مصداقية تطبيقية، وترتبط بتحسين الأداء الأكاديمي. حين يشهد المعلمون هذا التغير يصبح لديهم دليلاً يتعارض مع التوقعات المنخفضة. إذا استجاب المعلمون لهذا التغير بتوصيل توقعات إيجابية للتلاميذ فإنهم في الأغلب يحققون أداءً تعليمياً أفضل، هذه الحلقة من التوقعات الإيجابية إلى الأداء الأفضل يمكن أن يحتفظ بها التلاميذ الذين يتلقون من معلميهم توقعات أكاديمية أعلى.

تأثير التلاميذ:

تنمي برامج التعلم الاجتماعي الوجداني الميتامعرفة والكفاءة الذاتية لدى التلاميذ حيال المهام التعليمية وغيرها من المهام. هذه المهارات تساعد التلاميذ وخاصة من ينحدر منهم من أسر محرومة على أن يصمدوا أمام التوقعات الأكاديمية المنخفضة. يهدف البرنامج التربوي ذو المنظور العالي[2] لتنمية الثقة بالنفس والكفاءة الاجتماعية واتجاه "أستطيع أن أفعل"[3] لدى المشاركين في البرنامج، وقد تحسن أداء المشاركين

(1) The skills, Opportunities ,and Recognition program.

(2) The High/ scope Educational Research Foundation.

(3) con - do.

في البرنامج (٣٤) من مرحلة رياض الأطفال وحتى الصف الثالث كما تبين بالمقارنة بين أدائهم وأداء مجموعة ضابطة، كما تبين من تحسن أدائهم على ١٨ مؤشراً أكاديميًا من ٢٥ عند مقارنتهم بمجموعتين ضابطتين، وكانت أفضل النتائج نتائج الأطفال من المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض (٦٢).

التفاعل بين التلاميذ والمجتمع:

تلعب خصائص البيئة خارج أسوار المدرسة دوراً أساسيًا في تحصيل التلاميذ (٤٠). ويصدق هذا على البيئات المحرومة والمستقرة أو غير المحرومة ففي البيئات المستقرة تضفي الخصائص الخارجية تأثيراً إيجابيًا على أداء التلاميذ، فالثراء مثلاً له دور في استقرار الحياة في الأسرة مما ييسر تركيز الأطفال على المهام الأكاديمية عندما يكونون في الصف المدرسي. إن المجتمعات التي تشارك المدرسة في قيمها مثل تعظيم قيمة النجاح والالتحاق بالجامعة تدعم النجاح المدرسي. كما أن توفر المعلومات والموارد الصحية التي تميز المجتمعات الأكثر ثراء تؤدي إلى اختيارات صحية أفضل من جانب التلاميذ، وتقلل من النتائج السلبية المرتبطة باختيارات صحية سيئة. وهذه النتائج تقلل من المترتبات الصحية السلبية التي تؤثر بدورها على التحصيل المدرسي، مقابل ذلك تلعب خصائص المجتمعات المحرومة دوراً مثبطًا في التحصيل المدرسي. إن التعرف على هذا الدور وكيف يمكن لبرامج التعلم الاجتماعي الوجداني أن تغيره، موضوع الجزء التالي من هذا الفصل.

عدم الاستقرار الأيكولوجى:

هناك العديد من العوامل التي ترتبط بعدم الاستقرار والتحول الأيكولوجي التي تزيد من تعرض التلاميذ للصعوبات التعليمية، مثل عدم الاستقرار الأسري والطلاق (٤٦) (٧٢) ، وكثرة تغيير السكن (٣٩) (٦١) (٦٧) والانتقال من المرحلة الابتدائية إلى

المرحلة المتوسطة(١٣) وكلها عوامل ترتبط بضعف الأداء المدرسي وارتفاع معدلات المشكلات السلوكية.

من المتوقع والطبيعي أن يمر أطفال الأسر ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض بخبرات يميزها عدم الاستقرار الأيكولوجي مقارنة بأقرانهم من البيئات الميسرة، فالأسر المحرومة يشيع فيها غياب الأب ومسئولية الأم عن الأسرة، وهؤلاء الأمهات يواجهن مشكلات متعددة قد تؤدي إلى تغيير السكن أو تغيير بناء الأسرة (٣٧). ويترتب على تغيير السكن تغيير المدرسة.

إن عوامل الخطر المرتبطة بعدم الاستقرار الأيكولوجي يبدو أنها ذات تأثير تراكمي، فكلما زاد تأني التغييرات التي يخبرها التلميذ، انخفض معدل الأداء المدرسي (٦٦). والاستدلال المنطقي لهذه البيانات أن المدارس في المناطق المنخفضة المستوى اجتماعياً واقتصادياً والبيئات غير المستقرة يمكنها أن تساعد في رفع الأداء المدرسي إذا وفرت للتلاميذ بيئة مدرسية مستقرة، وتدعم البحوث هذا الاستدلال، ففي دراسة عن أثر تنقل الأسر عن الأطفال في المدى الطويل، وجد أن بيئة المدرسة الآمنة المنظمة ذات القوانين الواضحة حققت الحماية للأطفال في أسر الطلاق من البيئات السيئة التي يعيشون فيها (٣٣).

ولذلك لابد لاستراتيجيات التدخل أن تهدف إلى زيادة استقرار البيئة المدرسية، وتحقق برامج التعلم الاجتماعي الوجداني هذا الهدف بتقديم إطار متسق ومتماسك يحتوي السياسات والأنشطة النفسية التربوية التنظيمية المتباينة التي دائماً ما توجد في بيئة المدرسة. تساعد التنمية المهنية في استراتيجيات التعلم الاجتماعي الوجداني المعلمين على تبني بيئة تعلم داعمة وتعاونية بين المعلم والتلاميذ فيها توقعات سلوكية واستراتيجيات متسقة لإدارة الصف ، ودعم خارج المنهج (المنتور وجماعات الصحة الوجدانية) بين المدارس ، والصفوف المدرسية ، والسنوات الدراسية (١٥) هذا الاتساق ييسر الانتقال بين الصفوف وبين المدارس.

لا تستهدف برامج التعلم الاجتماعي الوجداني عدم الاستقرار الأيكولوجي مباشرة بخلق بيئات تربوية متسقة فقط، وإنما تحاصر المخاطر التي يواجهها التلاميذ

بمساعدتهم على تنمية مهارات تحميهم من المترتبات السلبية للبيئة غير المستقرة التي يعيشون فيها. تبين من التقييم المباشر لتدخل أساسه المدرسة ومصمم لتحسين مهارات حل المشكلات الاجتماعية أن المشاركين في البرنامج قاوموا التدهور في الأداء المدرسي الذي يصاحب الانتقال إلى المدرسة المتوسطة (١٣). هذا البحث يشير إلى أن الكفاءة الاجتماعية الوجدانية يمكن أن تحمي الأطفال من النتائج التعليمية السيئة الناجمة عن البيئة غير المستقرة.

هناك برنامجان للتعلم الاجتماعي الوجداني يتضمنان مواداً خاصة لتساعد المناطق التعليمية في تنمية التحصيل المدرسي وتدعم الاتساق في البيئة من خلال تطبيقات تقدم لكل المدرسة، وهما: مهارات ليونز[1] (٤١). ومجتمع يهتم[2] (٧) ويستهدف برنامج المهارات الاجتماعية الوجدانية والسلوكيات الصحية الإيجابية، وخدمات التعلم، مثال لذلك مساعدة المدارس على تشكيل جماعات من هيئة التدريس والتلاميذ والآباء لمراقبة ومتابعة البيئة التعليمية (٦). وقد صمم البرنامج ليكون ممتداً عبر السنوات الدراسية ويقدم من خلال برامج عامة في المدرسة كلها، واستراتيجيات مراعاة النظام في المدرسة والتنمية المهنية للعاملين مما يزيد في اتساق البرنامج. وتشير نتائج الدراسات غير المنشورة عن البرنامج (مهارات ليونز) ليس فقط إلى تحسن المهارات الاجتماعية الوجدانية وتراجع المشكلات السلوكية، وإنما أيضاً ارتفاع معدل التحصيل في الرياضيات واللغة الإنجليزية مقارنة بالمجموعات الضابطة، وقد طبق على عينات من البيض والأسيويين والأفارقة (٦).

وتستهدف برامج "مجتمع يهتم" السلوكيات الصحية والتحصيل الدراسي من خلال منحى يشمل المجتمع كله ويعمل على تطبيق وتشجيع خمس قيم: الاهتمام والرعاية ، والمسئولية ، والاحترام ، والثقة ، والأسرة (٧). ويقدم البرنامج مواداً إضافية لتساعد في التطبيق داخل المدرسة كلها، وتتضمن التنمية المهنية في المدرسة

(1) Lions - guest skills curricula.

(2) Community of caring program.

للمعلمين والعاملين (٦). وتشير البيانات المستمدة من عينات أوروبية أو أسيوية أو أفريقية إلى تحسن أكاديمي وسلوكي للمشاركين في البرنامج (٧).

إن البيئة المدرسية المستقرة التي أوجدتها برامج التعلم الاجتماعي الوجداني كان لها تأثيراً معاكساً لبعض الآثار السلبية للاضطراب الأيكولوجي الذي يعايشه كثير من الشباب في البيئات المحرومة. إن الواقع المنظم والإدارة المتسقة وآليات إقرار النظام التي تشجعها برامج التعلم الاجتماعي الوجداني تجعل انتقال التلاميذ بين الصفوف أو بين المدارس هادئًا ميسراً، وتساعد التلاميذ على المحافظة على الإحساس بالأمان والقدرة على توقع ما يحدث في هذه البيئة المستقرة، على حين أن جوانب أخرى في حياتهم في حالة اضطراب. كما أنهم يتعلمون مهارات تساعدهم على التعامل بكفاءة أكبر في المواقف الجديدة وفي حالة الانفعالات العنيفة.

الانفصال بين المدرسة والمجتمع المحلى:

أحد مصادر الخطر الذي يظهر في الأداء المدرسي الضعيف عدم الاتساق بين الثقافة داخل المدرسة وخارجها (٥٧) (٦٨) (٧٤). حين لا تتفق القيم التي ترسخها المدرسة مع تلك التي تنمو لدى الطفل خارج المدرسة في بيئته المحلية أو أسرته أو رفاقه، يصبح من الصعب على الأطفال تحديد وإنجاز أهدافهم التعليمية أو التوحد معها (٥٧) (٦٨)، مما يسهم في انخفاض الأداء وارتفاع معدلات التسرب؛ لذا تسعى برامج التعلم الاجتماعي الوجداني إلى مواءمة ثقافة المدرسة مع الثقافة خارج البيئة المدرسية مما يسمح بالنمو الإيجابي للشباب. وفي سبيل هذا الهدف فإن اثنتين من ثلاث استراتيجيات وردت في دراسة عن التعلم الاجتماعي الوجداني (٢٧) تتضمن المواءمة بين بيئة المدرسة وبيئة الأسرة والمجتمع المحلي. إلى جانب ذلك تبين من الدراسات أن التدخل الذي يحقق التواصل ما بين الأسر ومدارس الأطفال والمجتمع المحلي يرفع من الصمود التربوي (٧١) (٢) (٥٥) وله آثار أقوى وأكثر دواما (١٦) (٣٢) (٧٠).

الشراكة بين المدرسة والمجتمع المحلي:

تعبر برامج التعلم الاجتماعي الوجداني الفجوة بين المدرسة وبين الأسرة وبين المجتمع المحلي بطرق متعددة. إحدى الاستراتيجيات أن تحسن التواصل بشكل مباشر من خلال الشراكة بين المدرسة وبين المجتمع المحلي، وبين المدرسة وبين الأسرة (٢٦).

إن مبادرات خدمات التعلم والتواصل مع الأسر أثبتت كفاءة في اجتياز الفجوة بين المجتمع المحلي وبين الأسر من ناحية وبين المدرسة من ناحية أخرى، مثال: مؤسسة نوادي الليونز الدولية (٤١) تقدم برامج تدخلية إنمائية قائمة على أدلة فعلية[1] تناسب الصف ١٢ من خلال الشراكة بين المدرسة وبين المجتمع المحلي، ومن أجل المواءمة وقيم الأسرة وبين قيم المدرسة يقدم البرنامج واجبات منزلية يقوم التلاميذ بإنجازها مع ذويهم، كما يقدم برامج لتنمية المهارات للآباء. ويستهدف برنامج ليونز ثقافة المجتمع المحلي من خلال منهج المدرسة الثانوية ، "المهارة للأداء"[2]، وتتناول خدمات تعليمية في المجتمع المحلي وقد أدت إلى اكتساب المجتمع المحلي لبعض القيم الإيجابية ونمو التعاطف مع من يختلفون عنهم في بعض الجوانب الاجتماعية والثقافية بما ييسر التعامل معهم والعمل معهم (٤١). والأهم من هذا انخفاض معدل التسرب، ويرتبط بصورة مباشرة بالصمود التربوي.

إن برنامج "مجتمع مدرسي راع (مشروع إنمائي للأطفال)[3] يقدم استراتيجيات لتبني ثقافة متسقة في مستوياتها الأيكولوجية المختلفة التي يعيش فيها الطفل: في الصف الدراسي من خلال اجتماعات تعقد في الصف، وفي المدرسة للجميع، وفي الأسرة من خلال الحوار، وفي المجتمع من خلال برامج المدرسة والمجتمع. إن التلاميذ الذين التحقوا بالبرنامج كان لديهم إحساسًا أقوى بالمدرسة باعتبارها

(1) Evidence based.

(2) Skills for Action.

(3) Caring school community (child development Project).

مـجتمعًا ينتمـون له ويرتبطون به، حتـى بعد انتقـالهم للمـرحلة المتـوسطة حـيث ظلوا محتفظين بشـعور قوي بالمجتمع، وظلوا يذكرون حبهم لمدارسـهم وثقتـهم في معلميـهم مقارنة بمن لم يلتحقوا بالبرنامج (١).

مواجهة ثقافة العنف والجنس والتعاطي:

تتصـارع كثيـر من المجتـمعـات المحـرومـة مـع ثقـافـة فـرعـيـة تنمي العنف في حل المشكلات بين أفرادها كما تعظم الجنس والتعاطي، يمتد أثر هذه الثقافة الفرعية إلى المؤسسات التعليمية في المجتمع المحلي، مما يقلل من مستوى الأداء المدرسي والنمو السليم والسلوك الاجتماعي الإيجابي (٦٩). هناك سلوكيات متعددة تتعلق بالصحة أصبحت تمثل عوامل خطر بالنسبة لذوى التحصيل المنخفض والمتسربين بما في ذلك التعاطي (٤٨) وتناول الكحوليات (٤٨) والتدخين (٥٢). وفي كثير من الأحيان الحمل المبكر غير المرغوب فيه (٤٩). هذه الأنشطة ترتبط بشدة بالتحصيل المنخفض سواء في درجات التحصيل، أو الأداء علي الاختبارات أو إتمام الدراسة. وتتأكد هذه الظواهر وترتفع معدلاتها في المجتمعات ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض. وترتبط هذه الاختيارات الصحية السيئة بالعنف حيث إن ٧٢٪ من الوفاة بين الشباب ناجمة عن سلوكيات خاطئة (حوادث، قتل، انتحار) كما تظهر المخدرات والكحوليات في هذه الأسباب السلوكية، إلى جانب هذا فإن الثقافة التي تقيم العنف تمثل عامل خطر ليس فقط بالنسبة للمعتدين وإنما لمن يحيطون بهم، فرغم أنهم يمثلون نسبة ضئيلة من مجتمع المدرسة فإن لها تأثيرا سلبيا على كل المدرسة لا يتناسب وضآلة حجمها.

تشير الدراسات إلى أن الأطفال في الأحياء الفقيرة يعايشون العدوانية خلال مراحل نموهم وخلال سنوات الدراسة، لكن يمكن لبرامج التعلم الاجتماعي الوجداني مثل برنامج الحل الإبداعي للصراع[1] أن يحد من هذه العملية وقد يوقفها، وتستهدف

(1) Resolving conflict creatively program.

برامج التعلم الاجتماعي الوجداني السلوكيات الصحية السيئة والسلوكيات العنيفة بصورة مباشرة من خلال نماذج شاملة ومتعددة الوسائط تنمي السلوكيات الصحية السليمة وتقاوم العنف، وقد ثبت أن هذه البرامج تنمي اتخاذ القرارات الصحية السليمة وتحد من السلوك العدواني (مثل عصابات الشباب والبلطجة) كما تحد من السلوك المعادي للمجتمع (مثل العنف في التعامل والسرقة) ويتحقق ذلك من خلال تنمية خمس كفاءات اجتماعية وجدانية وهي التي تتكون منها معظم برامج التعلم الاجتماعي الوجداني[١] (٥). تنمية مهارات الوعي بالذات (التعرف على الانفعالات الشخصية) والوعي الاجتماعي (التعرف على انفعالات الآخرين) وإدارة الذات (معالجة التعامل مع الانفعالات الشخصية بأسلوب منضبط ومنتج ومقبول اجتماعيًا) وإدارة العلاقات بالآخر (الاستجابة بهدوء وبنائية لسلوك الآخرين) واتخاذ القرار (التركيز على الأهداف بعيدة المدى وليس قريبة المدى). وكلها مهارات تعمل لتهدئة مواقف التفاعل المشحونة بالتوتر التي غالبًا ما تؤدي إلى اختيارات صحية سيئة وعنف في المدرسة والمجتمع. إن انخفاض التعاطي وانخفاض معدلات الحمل، والمشكلات الصحية، والسلوكيات العنيفة يؤدي إلى توفير في الوقت والجهد اللذين يوجهان لهذه المشكلات وما يترتب عليها من آثار انفعالية كالقلق والغضب والحزن لدى التلاميذ والمعلمين، وبالتالي يمكن توجيه الوقت الذي كانت تقضيه الإدارة والمعلمون والتلاميذ لحل لهذه المشكلات، إلى عملية التعليم والتعلم وبالتالي إحراز نتائج أفضل لدى التلاميذ.

كثير من برامج التعليم الاجتماعي الوجداني تعتبر منع العنف هدفًا أوليًا وأساسيًا وتستخدم تكنيكات متنوعة لتحقيق هذا الهدف. فيركز برنامج "أنا أستطيع حل المشكلة"[٢] وكان سابقًا حل المشكلات بين الفرد والآخر[٣] (٦٣) (٦٤) (٦٥) ويركز على خمس مهارات أساسية لحل المشكلات للحد من العنف: - التفكير في الوسيلة

---

(1) CASEL.

(2) I can Problem solve ICPS.

(3) Inter personal cognitive problem solving.

والغاية - وزن الإيجابيات والسلبيات - التفكير في حلول بديلة - التفكير في المترتبات أو النتائج. - التفهم (وضع نفسي مكان الآخر). وقد تبين أن هذه المهارات تزيد من مهارة حل المشكلات وتنمي علاقات إيجابية بالآخر وسلوك مقبول اجتماعيًا داخل الفصل وخارجه، ويستمر تأثير هذا البرنامج لمدة ٤ سنوات.

وتشير الدلائل إلى أن هذا البرنامج "ICPS" يحول دون ظهور المشكلات السلوكية كالعنف والبلطجة - وهناك برنامج آخر "السلام أفضل"(١) وهو مبنى على نظرية الصمود وتطبيقاتها ويهدف لمنع العنف من خلال نماذج تدخلية متعددة في أبعاد ثلاث: بيئة التعلم ، والكفاءة الاجتماعية لدى التلاميذ ، والحد من السلوك المشكل. وقد وجدت الدراسات التي أجريت على البرنامج انخفاضًا في العراك بين التلاميذ (٢٩). كما وجدت اللجنة الخاصة بالأطفال أن استخدام برنامج "الخطوة الثانية"(٢) أدى إلى الزيادة في تكرار السلوك الحيادي والإيجابي بين التلاميذ وفهمهم للمهارات الاجتماعية. وأفاد المعلمون أن البرنامج ساعدهم في إدارة الصف وحد من السلوك العدواني والمخرب في الفصل.

إن نفس المهارات التي تقلل من العنف تدعم في الوقت نفسه الاختيارات الصحية السليمة بين الشباب، "اعرف جسمك"(٣) مؤسسة صحية أمريكية تستهدف سلوكيات صحية عامة من خلال دروس موجهة في خمسة مجالات: تقدير الذات، واتخاذ القرار والتواصل، ووضع الأهداف، وإدارة الضغوط. تشير دراسات تقييم البرنامج إلى تحسن السلوكيات الصحية بما في ذلك تخفيض معدل التدخين، وهناك برنامج صحي آخر "نماذج تعليمية لصحة المراهقين"(٤). مركز (التنمية التربوية) وله نتائج مشهود لها، تتجاوز منع التعاطي والصحة الجنسية والصحة العامة، وتستهدف المهارات الأكاديمية

---

(1) Peace works.

(2) Second step.

(3) Know your body.

(4) Teenage Health Teaching Modules.

والمواطنة ومنع العنف (٦). في دراسة لهذا البرنامج في المدرسة الثانوية تبين انخفاض معدل التدخين والمواد المخدرة والكحوليات والوجبات المقلية (٦)، لكن نتائج دراسة أخرى لنفس البرنامج كانت أقل تأثيرًا في المرحلة المتوسطة(٦).

عمومًا فإن برامج التعلم الاجتماعي الوجداني تخفف أو تعدل من تأثير القوى السلبية في المجتمع خارج المدرسة، وبالتالي تدعم النواتج المدرسية الإيجابية بين الشباب. تستطيع المدرسة أن تساعد تلاميذها على توجيه طاقتهم للأداء المدرسي بما يحقق لهم الكفاءة في المحيط الذي يعيشون غيه عندما توفر لهم بيئة أمنة ذات قواعد واضحة ومتسقة مع قيمهم، وتوفر برامج التعلم الاجتماعي الوجداني إطارًا عامًا يساعد المعلمين على تحقيق هذه الأهداف من خلال تغيير منظم.

تطبيقات نموذج الصمود التربوي:

تشير الأبحاث الحديثة إلى أن برامج التعلم الاجتماعي الوجداني التي يتم تطبيقها بكفاءة تتجاوز التدخل الذي يرتبط بالتغلب على مصادر الخطر التي يتعرض لها تلاميذ الأحياء ذات المستوى المتدني والبيئة المدرسية ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض. وبقدر ما تقدم برامج التعلم الاجتماعي الوجداني في الفصول المختلفة، والمدارس المختلفة في منطقة تعليمية ما، بقدر ما تكون فعاليتها في التغلب على عمليات الخطر المزمنة التي تحول دون تحقيق جوانب النمو المختلفة (٢٥)، وبصورة عامة تتفاوت البرامج التي تم وصفها في هذا الفصل في قدرتها على بناء فرص تربوية تسهم في تحقيق نتائج تتسم بالصمود تبعا لتنوع مستوى تطبيقها (٧)، وتمثل هذه الحقيقة أكبر القضايا أمام الباحثين والمؤيدين لهذه البرامج، إذ إن عليهم أن يجدوا حلاً لمعوقات التطبيق. إن مدى وعمق تغيير النظام بما يلزم لتحقيق الآثار الإيجابية لهذه البرامج، وهو ما يمثل تحديًا بالنسبة لكل المدارس، وتحديًا أكبر بالنسبة للمدارس ذات الميزانيات الضعيفة أو الهيئة التدريسية أو الموارد المحدودة. إن الجمع بين الموارد المؤسسية والدافعية من أجل تطبيق برامج التعلم الاجتماعي الوجداني ثم تقييم

فاعليتها بين المعلمين، والصفوف الدراسية، والمدارس، والمواد الدراسية يعد عملاً شديد التعقيد. ولحسن الحظ أن هناك العديد من المصادر التي تبرز أفضل الممارسات لتحقيق هذه المبادرات، ويضم ملحق (أ) هذه المصادر.

تختار مؤسسة التطبيق الناجح برنامج التعلم الاجتماعي الوجداني الذي يتمتع بمصداقية عملية عالية. هناك العديد من البرامج ذات المصداقية العالية وقد وضعت مؤسسة التعلم الأكاديمي الاجتماعي الوجداني دليلاً "الآمان والسلامة"[١] لتقييم كفاءة برامج التعلم الاجتماعي الوجداني المتاحة. كل البرامج التي تم ذكرها في هذا الفصل تقع ضمن ٢١ برنامجًا اختارها CASEL[٢] على أساس الأدلة التي تدعمها جودة البرنامج ودليل فاعليته، ويضم ملحق (ب) قائمة بهذه البرامج.

إن اختيار هذه البرامج قد يكون شرطًا لازمًا، لكنه غير كاف لكفاءة التطبيق. أوضحت الأبحاث أنه حتى البرامج التي تم اختبار مصداقيتها عمليًا لا يوجد ضمان لجودة تطبيقها (١٩). ومع ذلك فيجب ألا تؤدي تحديات وضع برامج تعلم اجتماعي وجداني إلى انصراف التربويين عن هذه المهمة. فإن لدى المدارس من الإمكانات ما يسمح لها بخلق الفرص لتلاميذها. إن المدرسة باعتبارها المؤسسة الموكل إليها تربية كل الأطفال داخل منطقة جغرافية معينة لها تأثير لا يوازيه أي تأثير آخر، وهي مؤسسة تحظى بالاحترام والتقدير من المجتمع، وتستطيع أن تضع معايير متنوعة وتفرض نفوذها الإيجابي في المستويات الأيكولوجية المختلفة: التلاميذ، والآباء، والأسر، والجيران، والعامة. إلى جانب ذلك أن قدرة المدرسة على التأثير على التلاميذ على مر الزمن وعبر مراحل النمو المختلفة والعلامات النمائية المختلفة، تضمن للمدرسة أن تكون مصدر تغير منظمًا وشاملاً. ومن خلال هذه الإمكانات المتاحة للمدرسة تستطيع أن تختار برنامجًا له مصداقية في التعلم الاجتماعي الوجداني، وتستطيع أن ترصد له الموارد اللازمة لضمان نجاحه.

---

(1) Safe and sound.

(2) Collaborative for Academic . Social and Emotional learning (CASEL) .

بحوث المستقبل: الحدود والتوجهات

كل البحوث عن قوى الخطر والحماية في النجاح المدرسي تحمل معها قصور المناهج الارتباطية الراهنة، على الرغم من أن كل عوامل الخطر التي نوقشت في هذا الفصل ترتبط بكل من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض والتعسر المدرسي، ويجب النظر لتقديمها باعتبارها عوامل سببية من منطلق نظرياً وليس عملياً أو تأكيدياً. وعلى بحوث الصمود التربوي أن تبنى فهماً قوياً على أسس عملية للميكانيزمات التي تربط بين الفقر وبين النتائج التعليمية الضعيفة، إن برامج التعلم الاجتماعي الوجداني ترفع التحصيل المدرسي وتحد من كثير من عوامل الخطر التي يفترض أنها تضعفه.

أكثر من هذا فإن تصميم البحوث والتحليل الإحصائي لا يركز على دراسة التلاميذ الذين لا يندرجون في (المتوسط) النزعة المركزية لتوزيع البيانات التي تشير إلى الارتباط بين البيئة المحرومة والنتائج السلبية)، إن التطبيق الأمثل للمنحى التفاعلي التبادلي للصمود يتضمن استخداماً أكبر للمناهج الفردية التي تركز على الفرد لتتكامل وتكمل المناهج الناموسية الشائعة التي تتخذ دراسة متغير معين لدى عينات كبيرة أساساً لها. برامج الصمود تقدم لنا إطاراً لاستمرار البحث في الحالات التي لا ينطبق عليها النموذج التنبؤي بما يساعد على تنقيح النماذج البحثية الراهنة بما يكسبها قوة تفسيرية أكبر.

يواجه النشء ممن يعيشون في مجتمعات ذات مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض تحديات عديدة وطاغية يصعب استبعادها من حياتهم. تقدم منظومة الصمود التربوي ما يفيد عدم التسليم بحتمية الارتباط بين هذا الواقع والنتائج السلبية، بل لابد من بذل الجهد لتخفيف هذه العوامل البنائية للخطر على أوسع نطاق وبصورة مستمرة، وفي الوقت نفسه يقدم التعلم الاجتماعي الوجداني منحى مباشر ومتاح من خلال تحييد النتائج السلبية لكثير من هذه العوامل البنائية للخطر في البيئات التربوية ذات الظروف الصعبة. إن برامج التعلم الوجداني الاجتماعي تقدم وسيلة لبناء فرص تعليمية، ليس فقط باستهداف البيئة التربوية نفسها وإنما بتعظيم الموارد الذاتية الداخلية للتلاميذ بما يسمح لهم مواجهة مواقف الحياة شديدة التحدي.

REFERENCES

1- Battistich, V. (2001). Effects of an elementary school intervention on students' "connectedness" to school and social adjustment during middle school. In J. Brown (Chair), *Resilience education: Theoretical, interactive and empirical applications*. Symposium conducted at the annual meeting of the American Educational Research Association, Seattle.

2- Borman, G. D. & Rachuba, L. T. (2001). *Academic success among poor and minority students: An analysis of competing models of school effects*. Baltimore: Center for Research on the Education of Students Placed at Risk.

3- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., Bandura, A., & Zimbardo, P. G. (2000). Prosocial foundations of children's academic achievement. *Psychological Science, 11*, 302–306.

4- Child Development Project (2004). Research data. Retrieved September 21, 2004, from http://www.devstu.org/cdp/research.html.

5- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). (2003a). *Safe and Sound: An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning (SEL) programs*. Chicago: author.

6- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). (2003b). *Program descriptions: A companion to Safe and Sound: An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning (SEL) programs*. Chicago: author.

7- Community of Caring, Inc. (2004). Results and research. Retrieved September 21, 2004, from http://www.communityofcaring.org/beta/AboutCofC/resultsandresearch.html.

8- Connell, J. P., Spencer, M. B., & Aber, J. L. (1994). Educational risk and resilience in African-American youth: Context, self, action, and outcomes in school. *Child Development, 65*, 493–506.

9- Diekmann, C. H. (2004). Research-based effectiveness of the Peace Education Foundation Model. Miami: Peace Education Foundation. Available: http://www.peaceeducation.com/whoarewe/whitepapers/faq.pdf.

10- DiPerna, J. C., & Elliott, S. N. (1999). Development and vulnerability of the academic competence evaluation scales. *Journal of Psychosocial Assessment, 17*, 207–225.

11- Durlak, J. A. (1995). *School-based prevention programs for children and adolescents*. California: Sage Publications.

12- Educators for Social Responsibility (2004). About the Resolving Conflicts Creatively Program. Retrieved September 21, 2004 from http://www.esrnational.org/about-rccp.html.

13- Elias, M. J., Gara, M., & Ubriaco, M. (1985). Sources of stress and support in children's transition to middle school: An empirical analysis. *Journal of Clinical Child Psychology, 14*, 112–118.

14- Elias, M. J., Kress, J. S., & Neft, D. (2003). Social and emotional learning, adolescence. In T. P. Gullotta & M. Bloom (Eds.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (pp. 1023–1028). New York: Kluwer Academic/Plenum.

15- Elias, M. J., Zins, J. E., Weissberg, R. P., Frey, K. S., Greenberg, M. T., Haynes, N. M. et al. (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

16- Epstein, J. L., Salinas, K. C., & Simon, B. S. (1996). *Effects of the Teachers Involve Parents in Schoolwork (TIPS) language arts interactive homework process in the middle grades*. Paper presented at the annual meeting on the American Educational Research Association, New York.

17- Esposito, C. (1999). Learning in urban blight: School climate and its effect on the school performance of urban, minority, low-income children. *School Psychology Review, 28*, 365–377.

18- Feshbach, N. D., & Feshbach, S. (1987). Affective processes and academic achievement. *Child Development, 58*, 1335–1347.

19- Gager, P. J., & Elias, M. J. (1997). Implementing prevention programs in high-risk environments: Application of the resiliency paradigm. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*, 363–373.

17- Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry Book Supplement*

children. *Journal of School Psychology, 37*, 403–424.

18- Glantz, M. D., & Johnson, J. L. (Eds.). (1999). *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

19- Glass, G. V. (2002). Teacher characteristics. In A. Molnar (Ed.), *School reform proposals: The research evidence*. Available: http://www.asu.edu/educ/epsl/EPRU/documents/EPRU%202002-101/Chapter%2008-Glass-Final.pdf.

20- Good, T. L. (1981). Teacher expectations and student perceptions: A decade of research. *Educational Leadership, 38*, 415–422.

21- Gore, S., & Eckenrode, J. (1994). Context and process in research on risk and resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions*. New York: Cambridge University Press.

22- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment, 4*. Available: http://journals.apa.org/prevention/volume4.

23- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., Utne O'Brien, M., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H. et al. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist, 58*(6–7), 466–474.

24- Greene, R. R. & Conrad, A. P. (2002). Basic assumptions and terms. In R. R. Greene (Ed.), *Resiliency: An integrated approach to practice, policy, and research* (pp. 29–62). Washington, DC: National Association of Social Workers Press.

25- Grossman, D. C., Neckerman, H. J., Koepsell, T. D., Liu, P. X., Ashner, K. N., Frey, K., & Rivara, F. P. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 277*, 1605–1611.

26- Hawkins, J. D., Farrington, D. P., & Catalano, R. F. (1998). Reducing violence through the schools. In D. S. Elliott, B. A. Hamburg, & K. R. Williams (Eds.), *Violence in American schools: A new perspective* (pp. 188–216). New York: Cambridge University Press.

27- Haynes, N. M., Ben-Avie, M., & Ensign, J. (2003). *How social and emotional development add up: Getting results in math and science education*. New York: Teachers College Press.

28- Haynes, N. M, & Comer, J. P. (1996). Integrating schools, families, and communities through successful school reform: The school development program. *School Psychology Review, 25*, 501–506.

29- Hetherington, E. M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers, and survivors. *Child Development, 60*, 1–14.

30- High/Scope Educational Research Foundation. (2003). Elementary approach: Fundamental goals and purposes. Retrieved August 23, 2003, from http://www.highscope.org/EducationalPrograms/Elementary/fundamentalgoals.htm.

31- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist, 48*, 117–126.

32- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17–83). New York: Kluwer Academic/Plenum.

33- Kerbow, D. (1996). Patterns of urban student mobility and local school reform. *Journal of Education for Students Placed at Risk, 1*, 147–169.

34- Kuklinski, M. R. & Weinstein, R. S. (2001). Classroom and developmental differences in a path model of educator expectancy effects. *Child Development, 72*, 1554–1578.

35- Lash, A. A, & Kirkpatrick, S. L. (1994). Interrupted lessons: Teacher views of transfer student education. *American Educational Research Journal, 31*, 813–843.

36- Leventhal. T., & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin, 126*, 309–337.

37- Lions Clubs International Foundation. (2003). *Lions Quest Evaluation Report*. Retrieved August 23, 2003, from http://www.lions-quest.org/content/OurPrograms/EvaluationReport/evalreport.html.

38- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600–616.

39- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543–562.

40- Luthar, S. S., & Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 129–160). New York: Kluwer Academic/Plenum.

41- Malecki, C. K., & Elliot, S. N. (2002). Children's social behaviors as predictors of academic achievement: A longitudinal analysis. *School Psychology Quarterly, 17*, 1–23.

42- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development & Psychopathology*, 2, 425–444.

43- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Rameriez, M. (1999). Competence in the context in adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental and Psychopathology, 11*, 143–169.

44- McCluskey, C. P., Krohn, M. D., Lizotte, A. J., & Rodriquez, M. L. (2002). Early substance use and school achievement: An examination of Latino, White, and African American youth. *Journal of Drug Issues, 32*, 921–943.

45- McGee, L., & Newcomb, M. D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 766–776.

46- Meehan, B. T., Hughes, J. N., & Cavell, T. A. (2003). Educator–student relationships as compensatory resources for aggressive children. *Child Development, 74*, 1145–1157.

47- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (Eds.) (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventative intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

48- Newcomb, M. D., Abbott, R. D., Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Battin-Pearson, S., & Hill, K. (2002). Mediational and deviance theories of late high school failure: Process roles of structural strains, academic competence, and general versus specific problem behaviors. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 172–186.

49- Murdock, T. B. (1999). The social context of risk: Status and motivational predictors of alienation in middle school. *Journal of Educational Psychology, 91*, 62–75.

50- Peng, S. S. & Lee, R. M. (1994). Educational experiences and needs of middle school students in poverty. In K. K. Wong & M. C. Wang (Eds.), *Rethinking policy for at-risk students* (pp. 49–64). Berkeley, CA: McCutchan.

51- Reynolds, A. J. (1999). Educational success in high-risk settings: Contributions of the Chicago Longitudinal Study. *Journal of School Psychology*, 37, 345–354.

52- Rolf, J. E. (1999). Resilience: An interview with Norman Garmezy. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 5–14). New York: Kluwer Academic/Plenum.

53- Roosa, M. W., Dumka, L. E., Gonzales, N. A., & Knight, G. P. (2002). Cultural/ethnic issues and the prevention scientist in the 21st century. *Prevention and Treatment, 5*. Available: http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050005a.html.

54- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectation and pupils' intellectual development*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.

55- Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1978). Interpersonal expectancies effects: The first 345 studies. *Behavioral & Brain Sciences, 1*, 377–415.

56- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316–331.

57- Scanlon, E., & Devine, K. (2001). Residential mobility and youth well-being: Research, policy, and practice issues. *Journal of Sociology and Social Welfare, 28*, 119–138.

58- Schweinhart, L. J., & Smith, C. (2001). *Effects of recent high/scope early elementary curriculum support on school achievement and reducing discipline referrals*. Retrieved August 23, 2003, from http://www.highscope.org/Research/nwrelappeal.htm.

59- Schweinhart, L. J., & Smith, C. (2001). *Effects of recent high/scope early elementary curriculum support on school achievement and reducing discipline referrals*. Retrieved August 23, 2003, from http://www.highscope.org/Research/nwrelappeal.htm.

60- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17–83). New York: Kluwer Academic/Plenum.

61- Kerbow, D. (1996). Patterns of urban student mobility and local school reform. *Journal of Education for Students Placed at Risk, 1*, 147–169.

62- Kuklinski, M. R. & Weinstein, R. S. (2001). Classroom and developmental differences in a path model of educator expectancy effects. *Child Development, 72*, 1554–1578.

63- Lash, A. A. & Kirkpatrick, S. L. (1994). Interrupted lessons: Teacher views of transfer student education. *American Educational Research Journal, 31*, 813–843.

64- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin, 126*, 309–337.

65- Lions Clubs International Foundation. (2003). *Lions Quest Evaluation Report*. Retrieved August 23, 2003, from http://www.lions-quest.org/content/OurPrograms/EvaluationReport/evalreport.html.

66- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development, 62*, 600–616.

67- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543–562.

68- Luthar, S. S., & Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 129–160). New York: Kluwer Academic/Plenum.

69- Malecki, C. K., & Elliot, S. N. (2002). Children's social behaviors as predictors of academic achievement: A longitudinal analysis. *School Psychology Quarterly, 17*, 1–23.

70- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development & Psychopathology, 2*, 425–444.

71- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Rameriez, M. (1999). Competence in the context in adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental and Psychopathology, 11*, 143–169.

72- McCluskey, C. P., Krohn, M. D., Lizotte, A. J., & Rodriquez, M. L. (2002). Early substance use and school achievement: An examination of Latino, White, and African American youth. *Journal of Drug Issues, 32*, 921–943.

73- McGee, L., & Newcomb, M. D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 766–776.

74- Meehan, B. T., Hughes, J. N., & Cavell, T. A. (2003). Educator-student relationships as compensatory resources for aggressive children. *Child Development, 74*, 1145–1157.

75- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (Eds.) (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventative intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

76- Newcomb, M. D., Abbott, R. D., Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Battin-Pearson, S., & Hill, K. (2002). Mediational and deviance theories of late high school failure: Process roles of structural strains, academic competence, and general versus specific problem behaviors. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 172–186.

77- Murdock, T. B. (1999). The social context of risk: Status and motivational predictors of alienation in middle school. *Journal of Educational Psychology, 91*, 62–75.

87- Peng, S. S. & Lee, R. M. (1994). Educational experiences and needs of middle school students in poverty. In K. K. Wong & M. C. Wang (Eds.), *Rethinking policy for at-risk students* (pp. 49–64). Berkeley, CA: McCutchan.

79- Reynolds, A. J. (1999). Educational success in high-risk settings: Contributions of the Chicago Longitudinal Study. *Journal of School Psychology, 37*, 345–354.

80- Rolf, J. E. (1999). Resilience: An interview with Norman Garmezy. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 5–14). New York: Kluwer Academic/Plenum.

81- Roosa, M. W., Dumka, L. E., Gonzales, N. A., & Knight, G. P. (2002). Cultural/ethnic issues and the prevention scientist in the 21st century. *Prevention and Treatment, 5.* Available: http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050005a.html.

82- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectation and pupils' intellectual development.* New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.

83- Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1978). Interpersonal expectancies effects: The first 345 studies. *Behavioral & Brain Sciences, 1,* 377–415.

84- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57,* 316–331.

85- Scanlon, E., & Devine, K. (2001). Residential mobility and youth well-being: Research, policy, and practice issues. *Journal of Sociology and Social Welfare, 28,* 119–138.

86- Schweinhart, L. J., & Smith, C. (2001). *Effects of recent high/scope early elementary curriculum support on school achievement and reducing discipline referrals.* Retrieved August 23, 2003, from http://www.highscope.org/Research/nwrelappeal.htm.

87- Shure, M. B. (1992a). *I can problems solve: An interpersonal cognitive problem-solving program, intermediate elementary grades.* Illinois: Research Press

88- Shure, M. B. (1992b) *I can problem solve: An interpersonal cognitive problem-solving program: Kindergarten & primary grades.* Illinois: Research Press.

89- Shure, M. B. (1992c). *I can problem solve: An interpersonal cognitive problem-solving program: Preschool.* Illinois: Research Press.

90- Simmons, R. G., Burgeson, R., Carlton-Ford, S., & Blyth, D. A. (1987). The impact of cumulative change in early adolescence. *Child Development, 58,* 1220–1234.

91- Temple, J. A., & Reynolds, A. J. (1999). School mobility and achievement: Longitudinal findings from an urban cohort. *Journal of School Psychology, 37,* 355–377.

92- Tharp, R. G. (1989). Psychocultural variables and constants: Effects on teaching and learning in schools. *American Psychologist, 44,* 349–359.

93- U.S. Department of Health and Human Services (2001). *Youth violence: A report of the Surgeon General.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

94- Walberg, H. J. (1984). Families as partners in educational productivity. *Phi Delta Kappan, 65,* 397–400.

95- Wang, M. C., & Haertel, G. D. (1987). Educational resilience. In M. C. Wang, M. C. Reynolds, & H. J. Walberg (Eds.). *Handbook of special education: Research and practice.* New York: Pergamon.

96- Wang, M. C., & Gordon, E. W. (Eds.). (1994). *Educational resilience in inner-city America: challenges and prospects.* New Jersey: L. Erlbaum Associates.

97- Wang, M. C., & Haertel, G. D. (1995). Educational Resilience. In M. C. Wang, M. C. Reynolds, & H. J. Walberg (Eds.), *Handbook of special and remedial education: research and practice* (pp. 159–200). New York: Elsevier Science.

98- Wang, M. C., Haertel, G. D., & Walberg, H. J. (1997). Fostering educational resilience in inner-city schools. In H. J. Walberg, O. Reyes, & W. P. Weissberg (Eds.), *Children and youth: interdisciplinary perspectives* (pp. 119–140). California: Sage Publications.

99- Welsh, M., Parke, R. D., Widaman, K., & O'Neil, R. (2001). Linkages between children's social and academic competence: A longitudinal analysis. *Journal of School Psychology, 39,* 463–481.

100- Weissberg, R. P., & Elias, M. J. (1993). Enhancing young people's social competence and health behavior: An important challenge for educators, scientists, policy makers, and funders. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives, 3,* 179–190.

101- Wentzel, K. R. (1993). Does being good make the grade? Social behavior and academic competence in middle school. *Journal of Educational Psychology, 85,* 357–364.

102- Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P., & Walberg, H. J. (2004). The scientific base linking social and emotional learning to school success (pp. 3–22). In J. E. Zins, R. P. Weissberg, M. L. Wang, & H. J. Walberg (Eds.), *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* New York: Teachers College Press.

الفصل العشرون

بناء الصمود لدى كل الأطفال
منحى الصحة العامة

إميلي وينسلو، أروينساندلروشارلين وولشيك

في هذا الفصل نقدم إطاراً تصورياً لتنمية الصمود لدى الأطفال تتكامل فيه مفاهيم دراسات الصمود مع منحى الصحة العامة لتحسين الصحة النفسية على مستوى المجتمع العام. يبدأ الفصل بعرض، لمفاهيم الصمود ومفاهيم الصحة العامة وكيف يمكن لهذه الرؤية أن تتكامل داخل إطار عريض من أجل تحسين الصحة والوقاية من الاختلال الوظيفي. ثم يقدم أمثلة من السياسات والبرامج التدخلية والوقائية التي ثبتت مصداقيتها بأدلة فعلية، والتي تم تطبيقها بنجاح في هذا الإطار. وحيث إن تركيزنا على تنمية الصمود ، فقد حددنا المناقشة وأمثلة التدخل على البرامج التي تم تصميمها لتمثل موارد الأطفال الذين لا يدخلون تحت مظلة اضطرابات الصحة العقلية، على الرغم من أن الإطار يمكن أن يمتد ليشمل برامج تدخلية لأطفال ذوى اضطرابات إكلينيكية ، أخيراً نقدم عرضاً عن كيف يمكن للمخططين استخدام هذا الإطار لخلق موارد في مجتمعاتهم المحلية لتنمية الصمود، وكذلك أمثلة متوفرة حالياً لتساعد المخططين في هذه العملية.

مفاهيم الصمود:

نعرّف الصمود " بأنه تحقيق الطفل لنتائج نمائية إيجابية وتجنبه النتائج اللاتوافقية تحت ظروف في غاية الصعوبة"(٨٩). هناك ثلاثة مفاهيم أساسية في هذا التعريف: المحنة[1] أو الظروف الصعبة ، والنتائج الإيجابية ، والموارد التي تسببت في تحقيق النتائج الإيجابية في ظل الظروف الصعبة (المحنة)[1].

المحنة (الظروف الصعبة)

تعبر المحنة عن العلاقة بين الطفل والبيئة حيث يكون تحقيقه لحاجاته وأهدافه الأساسية مهدداً، أو حيث يعطل إنجاز المهام النمائية المناسبة للمرحلة السنية للطفل (٦١). وقد تقع المحنة في مجال الفرد أو الأسرة أو المجتمع. وتتضمن المحن في المجال الشخصي الإصابة بالأمراض أو الحوادث أو سوء المعاملة التي تؤثر في علاقة الطفل ببيئته. أما المحن أو الصعاب في المجال الأسري فتتضمن التغيير في بناء الأسرة (الطلاق أو الموت) أو في وظائفها (النزاعات الأسرية) التي تهدد رفاه الطفل. أما المحن في مجال المؤسسات الاجتماعية في المجتمع فتتضمن خصائص المجتمع (الفقر، التفكك) أو المؤسسات الاجتماعية (العنف في المدرسة)، التي تحرم الطفل من تحقيق حاجاته الأساسية وإنجاز المهام النمائية.

تشير الأبحاث إلى العلاقة بين التعرض للمحن في الطفولة وظهور مشكلات في الصحة العقلية أو التوافق الاجتماعي في الطفولة أو الرشد (٢٦) (٤١) (٦٢). وتشير دراسة على من الأفراد إلى أن التعرض لأربع محن أو أكثر في الطفولة يرتبط بزيادة احتمال التورط في إدمان الكحول أو المخدرات أو الاكتئاب أو محاولات الانتحار في

هذا البحث منحة من المعهد القومي للصحة العقلية
National Institute of Mental Health (NIMH) (5T32MH018387-15)

(1) Adversity.

الرشد بما يوازي من ٤-١٢ ضعفًا لمن لم يتعرضوا للمحن. وبالمثل وجد (٢٠) أن تعرض الأطفال الذين مروا بثمان محن في طفولتهم للإصابة بالمرض العقلي يوازي ٥,٧ ضعف الأطفال الذين تعرضوا لثلاث محن أو أقل (٢٤). كما تشير الدراسات إلى علاقات متسقة بين الإصابة بالمرض العقلي والتعرض لمشكلات التوافق الاجتماعي ومعاناة صعوبات معينة في الطفولة مثل الطلاق (١)، أو الفقر(١٥)، أو إصابة أحد الوالدين بمرض عقلي (٦٦)، أو التعرض للعنف وسوء المعاملة (٤٨)، أو الفقد والحرمان (٤٧).

الموارد

تركز دراسات الصمود على تحديد الموارد التي تيسر تحقيق النواتج الإيجابية وتجنب النواتج السلبية لدى الأطفال في مواجهة المحن والصعاب (٨٩). وينظر للنواتج الإيجابية والسلبية على أنهما متداخلان ويشيران إلى إنجاز المهام النمائية بنجاح وتجنب المشكلات السلوكية والاضطرابات العقلية. الموارد داخل المجالات الفردية والأسرية ومؤسسات المجتمع تيسر تحقيق النواتج الإيجابية إما بتنمية العمليات التواؤمية الفعالة، أو بالحد من تعرض الطفل للمحن والصعاب (٦١). وتتضمن الموارد الشخصية المهارات المعرفية ، والوجدانية ، والسلوكية ، مثل القدرات العقلية المرتفعة ، والتنظيم الانفعالي، وجهود المواجهة الفعالة. أما الموارد الواقية في مجال الأسرة فتتضمن ممارسات والدية تتصف بالدفء، والاستجابة للطفل، ونظم سوية في التدريب على النظام، ومساندة جهود التوافق. وتتضمن الموارد في المجال المؤسسي المجتمعي توفر المدارس، والجيرة الودودة، والفرص التي تسمح للطفل بالاندماج في نظم رسمية أو غير رسمية توفر له المساندة والحماية من التعرض للصعاب والمحن، مثل الجماعات الدينية والشبابية والرياضية، ووجود نشاط تطوعي في المجتمع، والجماعات التي تسهم في تنمية المواهب الموسيقية والفنية، وكذلك العلاقات القوية بأفراد الأسرة الممتدة.

منحى الصحة العامة

على نقيض المنظور الخاص بالصمود الذي يركز على تنمية الموارد والعمليات الواقية التي تؤدي إلى تحسن النتائج لدى الأفراد والأسر التي تواجه المحن والصعاب، فإن منحى الصحة العامة الوقائي يركز على تغيير السلوكيات على مستوى المجتمع كله (٥٩)، والعوامل البيئية والعمليات التي من شأنها أن تخفض معدلات الاضطراب (عدد حالات جديدة) وترفع معدلات النتائج الإيجابية في المجتمع . لكي يحدث التأثير المطلوب في النتائج على مستوى المجتمع. بكل ما يحمله من فروق بين الأفراد والأسر (تنوع في مستوى المحن، والموارد والمشكلات)، يتبنى منحى الصحة العامة مستويات تدخل متعددة انتقائية لمن يواجهون خطراً ما نتيجة لتعرضهم لمحن معينة، وبرامج موجهة للأفراد ممن لديهم أعراض شبه مرضية (٢٥).

البرامج العامة[1]

برامج الصحة النفسية الوقائية هي تلك البرامج التي تقدم للعامة أو لكل أفراد المجتمع دون تخصيصها لمن هم معرضون للخطر (٣٥). هذه البرامج تقدم للجميع لأن الفوائد التي تحققها تفوق تكلفتها أو ما قد ينجم عن عدم تقديمها من مخاطر. ولكي تحقق الفائدة المرجوة منها التي تحقق المعادلة بين العائد والتكلفة، فلابد من ضمان وصولها لكل فرد في المجتمع، ولابد أن تكون ذات تكلفة اقتصادية، وأن تكون فعالة ومقبولة لدى أفراد المجتمع (٢٥) (٣٥).

تحقق البرامج الوقائية العامة فوائد عديدة، وخاصة حين تتكامل مع استراتيجيات متعددة المستويات كزيادة الوعي، وتقديم المساندة والتمهيد لجهود وقائية أكثر عمقاً، مما يحد من وصمة المشاركة في البرامج الموجهة ، ويدعم رسائل عامة من خلال منافذ

(1) Universal Programs.

متعددة (٧٣) (٥١) مثال: سوف يشعر الآباء الذين يتلقون برامج متعمقة في مهارات الوالدية بأن المجتمع يساندهم ولا يوصمهم، إذا نجحت البرامج العامة في تأكيد أهمية الوالدية الإيجابية وتثمين سعى الآباء لتحسين المهارات الوالدية (٦٠). كما يمكن أن تتكامل البرامج العامة مع المؤسسات المجتمعية التي تخدم الجمهور كله (المدارس والمؤسسات الصحية)، وبالتالي تستطيع أن تحسن السياسات والممارسات الثقافية (دمج الآباء في مدارس الأبناء) مما يعود بالفائدة على المجتمع كله. وأكثر من هذا فإن البرامج العامة يمكنها أن تحدث تأثيراً كبيراً لأنها تقدم لأعداد كبيرة حتى وإن كان التأثير محدوداً بالنسبة لكل فرد (٥١) (٥٩).

البرامج الانتقائية[1]

البرامج الانتقائية هي تلك البرامج التي تستهدف أشخاصًا معينين أو جماعة معينة من المجتمع يكون احتمال تعرضهم للخطر أكبر من المجتمع بصفة عامة؛ نتيجة لتعرضهم لمحنة ما (إصابة أحد الوالدين أو كلاهما باضطراب عقلي)، ويمكن التعرف عليهم لوجود متغير ما يميزهم عن غيرهم وليس بناءً على عملية قياس فردي للوظائف التي تظهر بها المشكلات(٣٥). على الرغم من أن البرامج الانتقائية لا تقدم لكل أفراد المجتمع، فإنها تقدم لأعداد كبيرة ، وخاصة إذا كانت المحنة التي تعرضوا لها شائعة في المجتمع (الطلاق)؛ لذلك يجب أن تكون تكلفة البرامج معقولة ولا تثير مخاطر التدخل العلاجي (٣٥).

ويمكن للبرامج الانتقائية أن تقدم خدمات مهمة تتكامل مع جهود البرامج العامة. حيث تقدم البرامج الانتقائية طريقة فعالة لتوجيه الموارد للأفراد الأكثر احتياجًا للخدمات (٥١) وليس الأفراد متوسطي الاحتياج. بالإضافة إلى أن استهداف مجموعة معينة يسمح بتقديم خدمات مخصصة ومفصلة تبعًا لحاجات هذه المجموعة بالذات

(1) Selective Programs.

(حاجات لا يشترك فيها الجمهور العام). مثال: الأطفال الذين يعانون من خبرات صدمية كطلاق الوالدين أو وفاة أحدهما أو التعرض لسوء المعاملة، هؤلاء الأطفال يستفيدون من الخدمات الوقائية المتخصصة التي تقدم لآبائهم أو من يقومون برعايتهم، أو تلك التي تقدم للأطفال لتساعدهم على التوافق الإيجابي مع ما يواجهونه من محن وصعاب.

البرامج الموجهة[1]

إلى جانب البرامج التي توجه لمجموعات يتم تحديدها على أساس التعرض لمحن معينة، فإن البرامج التدخلية الوقائية الموجهة تستهدف الأطفال الذين يظهرون أعراضاً شبه إكلينيكية، أو الأسر التي تواجه مشكلات في التوافق مع محنة معينة (مثلاً - المنازعات الشديدة التي تصاحب الطلاق)، ويتم تقديم هذه الخدمة بناء على قياس فردي لوظائف الطفل أو الأسرة(٣٥). مثال: يتم اختيار الأطفال للمشاركة في البرامج الموجهة لإدارة السلوك بناءاً على شكوى مقدمة من الأب أو المعلم عن السلوك التدميري الذي يصدر عن الطفل. الهدف الأساسي للبرنامج الموجه هو تخفيض معدل حدوث حالات جديدة من الاضطراب العقلي أو غيره من النتائج السيئة، وذلك بالحد من الأعراض وإيقاف تطور المرض. البرامج الوقائية الموجهة عادة ما تكون برامج تدخلية مركزة يمكن أن تضم مكونات متعددة (تربية والدية بالإضافة إلى أن إدارة السلوك أساسه المدرسة) كما تتضمن مناخ فردية في جلسات فردية يقوم بها مرشد نفسي. ومثل البرامج الانتقائية فإن البرامج الموجهة تقدم موارد إضافية فعالة (لا تقدم في برامج المستوى العام) لمنع تطور المشكلات في الأسر أو الأطفال الأكثر تعرضاً للخطر.

(1) Indicated Programs.

إطار عمل لبناء الصمود لدى كل الأطفال

كما سبق أن أشرنا أن منحى الصحة العامة يتضمن مستويات متعددة في برامج التدخل التي تحقق أدوارًا متمايزة وتدعم بعضها بعضًا حين يتم تطبيقها في نفس الوقت في المجتمع. في مثل هذه الحالات، يتوفر لجميع الأطفال والأسر خدمات عامة. وتتلقى المجموعات التي تم تصنيفها على أساس ما تعرضت له من محن خدمات عامة إلى جانب برامج تدخلية منتقاه . أما من يعاني من أعراض في أي مستوى شبه إكلينيكي فتتوفر له برامج عامة وبرامج موجهة، التي تتضمن مكونات تدخلية متعددة مصممة لتخفيف الأعراض كما تحول دون تفاقم الأعراض. وهناك أعداد محدودة من العائلات التي تحتاج برامج انتقائية وبرامج موجهة وفي هذه الحالة تتاح لها برامج المستويات الثلاث.

من منظور الصمود ، هذا الإطار متعدد المستويات يأخذ في اعتباره المستويات المتنوعة للتعرض للمحن ومدى توفر الموارد الحامية أو الواقية بين أفراد المجتمع. يشير جدول (٢٠-١) كيف يمكن لمجالات التدخل المتعددة لتنمية عمليات الصمود أن يتم تصنيفها إلى تدخلات عامة وانتقائية وموجهة. تبني التدخلات في كل مستوى الموارد الفردية. والأسرية، والمؤسسات المجتمعية التي ترتبط بنتائج تتسم بالصمود لدى الأطفال الذين يواجهون محن. ونشير لهذه الموارد باعتبارها موارد لبناء الصمود[1]، على أساس أنها تتحسن مع التدخل الذي يصمم لهذا الغرض. بالنظر إلى كل صف وكل عمود من المصفوفة (جدول ٢٠-١)، نرى مدى تنوع التدخل الذي يمكن أن يستخدم لبناء موارد في مجال معين . مثلاً أن التدعيم المتبادل لبرامج تحسين الوالدية يمكن توجيهها للجمهور العام وكذلك لمن يواجهون ضغوطًا معينة أو مشكلات مبكرة. بالنظر إلى الصفوف عبر الأعمدة نرى كيف يمكن بناء الموارد في مجالات متعددة لتنمية الصمود لدى جمهور معين، مثال: يمكن تقديم برامج الأطفال أو الأسر أو المؤسسات للمجتمع كله لبناء موارد لتحسين الصحة العقلية ومنع الاضطراب.

(1) Constructed Resilience resources.

وتبنى البرامج العامة الموارد التي تحسن الصمود بالحد من حدوث المحن أو المصاعب للجمهور العام، أو تيسير المهارات التي تحسن التوافق الصحي عند حدوث المحن. يمكن تصميم البرامج العامة التي تنمي قدرات **الطفل** (مهارات التصدي، والكفاءات التعليمية)، وكفاءات **الأسرة** ("الدفء الوالدي" تواصل إيجابي، تدريب فعال على النظام)، وموارد **المؤسسات المجتمعية** (بناء تعليمي، مقررات، بناء الزمالة، سياسة المدرسة، تمكين الجيرة). البرامج الانتقائية تبني موارد لتحسين التوافق الفعال لمحن معينة مثل مهارات المواجهة لدى **الطفل** في حالة الطلاق، مهارات الوالدية في **الأسرة** التي يطحنها الفقر، أو الشراكة بين المدرسة والمجتمع لتيسير الانتقال إلى المدرسة الثانوية بنجاح بالنسبة لشباب المناطق الفقيرة.

جدول (٢٠-١)

استراتيجيات بناء موارد الصمود من خلال مجالات ومستويات متعددة

مجال الموارد	عامة	انتقائية	موجهة
الطفل	تحسين قوى الطفل لمواجهة الضغوط ، أو حل المشكلات ، وتنظيم الانفعال ومواجهة المواقف التي قد تتضمن مشكلات كالصراع مع الأقران.	تدريس مهارات المواجهة وتقديم المعلومات للأطفال الذين يمرون بضغوط معينة كطلاق الوالدين.	تدريس المهارات (التقدير المعرفي للضغوط) للأطفال ذوى المشكلات المتزايدة أو من لديهم قصور في المهارات.
الأسرة	تحسين مهارات الآباء لتمكين الأطفال من تجنب المحن في المستقبل أو تقوية قدرة الطفل على المواجهة بكفاءة.	تحسين الوالدية الفعالة للأطفال المعرضين لمحن معينة كالفقر.	تدريس مهارات الوالدية للتغلب على المشكلات الراهنة مثل سلوك الطفل الخارجي.

المؤسسات المجتمعية	تحسين التغيرات المجتمعية أو المؤسسية التي تحد من حدوث المحن أو توفر الدعم لكل الأطفال ليتوافقوا بكفاءة مع الأحداث العادية كالانتقالات من مرحلة تعليم إلى مرحلة تعليم أعلى.	تغيير أيكولوجيا المؤسسات القائمة كدور المحاكم لتحسين التوافق الصحي للجماعات المستهدفة للخطر مثل أسر المطلقين. إنشاء مؤسسات جديدة لتقديم خدمات للأطفال المعرضين لمحنة معينة كموت أحد الوالدين.	إنشاء هيئة مجتمعية للتعامل بكفاءة أكبر مع الشباب الذين يعانون من مشكلات إكلينيكية لتقوية قدراتهم على المواجهة بكفاءة أو منع التعرض لمحن في المستقبل.

تبنى برامج التدخل الموجه موارد لتحسين عمليات التوافق لمن يعاني من مشكلات الصحة النفسية نتيجة للتعرض للمحن، مثل مهارات التفكير الإيجابي للمراهقين الذين يمرون بأعراض اكتئابية شبه إكلينيكية، أو مهارات إدارة السلوك للآباء في أسر الأطفال ذوى السلوك المشكل، أو إجراءات مؤسسية في المحاكم لتحويل الأطفال الأحداث لبرامج تدخلية بدلاً من عقابية. سوف نتناول في الجزء التالي أمثلة لبرامج ذات فاعلية في التطبيق في تحسين رفاه الطفل من خلال البرامج العامة أو الانتقائية أو الموجهة التي تبنى الموارد في الطفل والأسرة ومجالات المؤسسات.

بناء الموارد فى مجال الطفولة

البرامج العامة

الأساس في نظرية برامج التدخل العام التي تبنى الموارد لدى الطفل، أن تحسين المهارات والقوى سوف يساعد الطفل على التواؤم والتوافق بكفاءة مع الظروف الصعبة (المحن) الراهنة والمستقبلية، ويحد من احتمال حدوث المحن في المستقبل، وييسر تحقيق المهام النمائية بنجاح (٦١). العديد من برامج التدخل الوقائي التي صممت للجماهير

العامة أثرت على نواتج رفاه الطفل. من خلال بناء موارد في مجال الأطفال، وتتضمن برامج تعلم الأطفال مهارات مثل حل المشكلات، والمجابهة، وتنظيم الانفعالات، والتفهم، ومقاومة الاندفاع (٢٧)، (٧٤)، (٨٥).

مثال: صمم برنامج تحسين استراتيجيات التفكير في البدائل[1] (PATHS)، وهو مقرر للمرحلة الابتدائية، متعدد السنوات لبناء كفاءة الطفل الاجتماعية والوجدانية من خلال أكثر من ٥٠ درسًا تضم معلومات حول الحالات الوجدانية، ومهارات تنظيم الانفعال، وحل المشكلات، والمهارات الاجتماعية. (المجموعة البحثية للوقاية من مشكلات المسلك CPPRG[2]) (٩) (٢٨) لقد أشارت تجارب عديدة أجريت باتباع الاختيار العشوائي لتحقيق الضبط أشارت إلى أنه حين يدعم PATHS من قبل المدارس ويُحسِن المعلمون تطبيقه، ينجح المنهج في بناء المهارات المعرفية وتحسين تنمية الكفاءات الاجتماعية، والوجدانية، والسلوكية لدى العديد من الجماعات التي تتضمن الأطفال المعرضين لمحن شديدة من الجوار PATHS (٩) (٣٧) .

البرامج الانتقائية

على عكس التدخلات العامة، التي تصمم لكل الأفراد في الجمهور، فإن البرامج الانتقائية تبني الموارد لدى الجماعات الفرعية التي تواجه محنًا محددة. التدخلات الانتقائية في مجال الطفولة عادة ما تركز على خلق مهارات المواجهة اللازمة لمعالجة التحديات التي تفرضها المحن مثل طلاق الوالدين (٥٥) (٧٢)، أو موت أحد الوالدين (٦٢)، أو الصدمات (١٩)، أو تنمية المهارات المعرفية لتقاوم الآثار المدمرة للمحن مثل قسوة الظروف والحرمان الاجتماعي (٤٣).

(1) (PATHS) Promoting Alternative Thinking Strategies.

(2) CPPRG منهج يستخدم للحد من التنافر المعرفى من خلال خلق عناصر معرفية جديدة تتسق مع. الاتجاه المطلوب مما يضعف التنافر المعرفى .

ويعتبر مشروع التدخل لأطفال الطلاق (CODIP)[١] الذي يتكون من ١٢ جلسة تدخلية جماعية للأطفال في سن المدرسة ممن وقع الطلاق في أسرهم، وهو مصمم لمساعدة الأطفال على الوعي بمشاعرهم والتعبير عنها، وعلى مواجهة الموقف بكفاءة وإعادة بناء المفاهيم المرتبطة بالطلاق وخلق إدراك إيجابي لذواتهم ولأسرهم (٥٥) (٥٦)، وجد أن المشاركة في البرنامج رفع من مستوى كفاءة الأطفال المشاركين بالمقارنة بالأطفال الذين لم يشاركوا في البرنامج.

البرامج الموجهة

تصمم البرامج التدخلية الموجهة لتواجه حاجات الأفراد في جمهور معين ممن يمرون بمشكلات في الصحة النفسية، لكنهم لم يشخصوا تحت فئة إكلينيكية معينة. البرامج الوقائية الموجهة التي تقدم للأطفال عادة تعلم الأطفال والشباب مهارات مثل الوعي بالمشاعر وتحديدها، والتعامل مع الغضب، أو تحدي المعارف والمدركات المشوهة. وهذا المنحى يفيد في تخفيض الخلل في الوظائف المعرفية والوجدانية لدى الشباب الذين يعانون من أعراض داخلية (٧) (٨) (٤٢)، لكنها حققت نجاحاً محدوداً مع الشباب ذوى المشكلات الخارجية (٢٧) (٨٢).

مثال، المقرر الخاص بمواجهة الضغوط (٧)[٢] ويتكون من ١٥ جلسة مستمدة من مواقف في المدرسة، ومصمم للوقاية من الاضطرابات الاكتئابية بين التلاميذ في المرحلة الثانوية من ذوى الأعراض الاكتئابية الذين لم تصل أعراضهم إلى تصنيف مرضي. وكانت النظرية الموجهة للبرنامج مؤداها أن مساعدة المراهقين المستهدفين للخطر على تعلم آليات مواجهة جديدة سوف يزودهم بمناعة ضد الاضطراب الانفعالي الذي يهددهم. ويتضمن البرنامج التدخلي الوقائي تدريس المراهقين كيف يتعرفون على

(1) (CODIP) Children of Divorce Intervenation Project.

(2) Coping with stress course.

أفكارهم السلبية ويتحدونها من خلال استخدام الكارتون، ولعب الأدوار، والمناقشة الجماعية. وقد وجد في دراسة استخدمت الضبط التجريبي ، (٧) أن نسبة حدوث الاضطراب الانفعالي (كالاكتئاب والقلق) كانت أقل بصورة دالة بين التلاميذ الذين تلقوا البرنامج (١٤٫٥٪) مقابل مجموعة ضابطة (٢٥٫٧٪) وذلك في دراسة تتبعية لمدة ١٢ شهراً. كما أشار (٨) في دراسة حديثة أن برنامج مواجهة الضغوط ذو فاعلية بوصفه برنامجًا تدخليًا موجه للأعراض الاكتئابية لدى المراهقين الذين يعاني آباؤهم من اكتئاب مرضي.

بناء الموارد فى مجال الأسرة

البرامج العامة

تركز البرامج الوقائية العامة في مجال الأسرة على تحسين الممارسات الوالدية وأساليب التواصل لمساعدة الأطفال على تعلم المهارات مثل مهارات المواجهة والتنظيم الذاتي الذي يدعم الكفاءة ويمنع الخلل في الوظائف. تبين أن كثيراً من البرامج العامة في الأسرة التي تبنى الموارد في الأسرة وترفع من كفاءات الطفل تحد من احتمال التعاطي وغيره من مشكلات الصحة النفسية في مرحلة الشباب (٤٥).

تم تقييم (٧٠) (٧١) أثار برنامجين عامين في مجال الأسرة – برنامج "الإعداد لسنوات بدون مخدر"[١] (PDFY) ويتكون من ٥ جلسات وبرنامج "أيوا" لتقوية الأسر[٢] (ISFP) ويتكون من ٧ جلسات – وذلك بالمقارنة بين من تلقوا هذه البرامج وبين بمجموعات ضابطة. وكلا البرنامجين مصمم لبناء الموارد داخل الأسر ، مثل الاندماج الإيجابي بين الأب/ الأم والطفل، والتواصل والإدارة الوالدية الفعالة، بمعنى أن (PDFY) يوجه

(1) Preparing for the Drug free years (PDFY).

(2) Iowa strengthening Families program (ISFP).

بشكل أساسي إلى الآباء في حين أن ISFP يتضمن الآباء والأبناء معًا في معظم الجلسات. وقد أشار تقييم نتائج البرنامجين من خلال المقارنة بين أطفال في الصف السادس تلقى آباؤهم البرنامج وعينة ضابطة أن كلا البرنامجين حقق نتائج إيجابية في الأسر كتحسن الدفء العائلي وتحسن أساليب النظام في الأسرة (٧٠). وفي دراسة متابعة للأطفال في الصف العاشر تبين أن الشباب الذين تلقى آباؤهم أحد البرنامجين كان احتمال انخراطهم في التعاطي أقل وذلك بمقارنتهم بمجموعة ضابطة (٧١). وعلى الرغم من أن البرنامجين تدعمهما الدراسات على المستوى التطبيقي، فإن تحليل التكلفة والعائد أظهر أن ISFP ذو قيمة اقتصادية أعلى من PDFYفالتكلفة في مقابل العائد: الأول دولار واحد مقابل ٩,٦٠ دولارا، وفي الثاني دولار واحد لكل ٥,٨٥ دولارا (٦٩).

البرامج الانتقائية:

توجه برامج التدخل الانتقائية لبناء الموارد في الأسرة لمقاومة المحن، مثل الأطفال المبتسرين، والطلاق، والوفاة، وسوء المعاملة، والفقر، أو تدني المستوى الاجتماعي الاقتصادي وذلك بتقديم برامج تدريب على المهارات للآباء أو الأسر. وقد تشير الدلائل إلى أن كثيراً من البرامج الوقائية الانتقائية في مجال الأسرة ذات تأثير على رفاه الأطفال والمراهقين (٤٣) (٤٥) (٥٤) (٨٢). مثال ، أجريت (٥٢) ثلاث تجارب تم ضبط متغيراتها لبرنامج مكثف لزيارة ممرضة للأسرة، صمم لتحسين سلوكيات الآباء المرتبطة بالصحة في مرحلة قبل الميلاد، وتقديم رعاية ذات كفاءة عالية واتخاذ قرارات خاصة بحياة الأم (التخطيط للحمل التالي)، وذلك في جماعة من الأمهات في بيئات محرومة وفي ظروف صعبة. تشير نتائج المتابعة لمدى طويل لتجربتين إلى تأثير البرنامج على العديد من النتائج سواء بالنسبة للأمهات أو المواليد، بما في ذلك انخفاض معدل إلقاء القبض، والإدانة، وتعاطي الكحول بين المراهقين الذين تلقت أمهاتهم خدمات الزيارات المنزلية قبل ميلادهم وخلال السنتين الأوليتين من حياتهم.

وكان التأثير أقوى بصورة دالة بالنسبة للأمهات اللائي عانين أصلاً من محن اجتماعية متعددة (غير المتزوجات رسميا، ذوات الدخول الضعيفة، مستوى التعليم المتدني) مقارنة بالأمهات اللاتي عانين من مشكلة واحدة فقط، ويشير تحليل التكلفة- العائد، إلى أن كل دولار ينفق لتقديم خدمة الزيارات المنزلية للأمهات غير المتزوجات رسميًا وذوات الدخول الضعيفة يعود بأربعة دولارات ، ولم يتبين وجود عائد مادي عند توجيه الخدمة للأمهات المتزوجات ذوات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع.

أشارت الدراسات إلى استفادة الأسر التي تواجه محن متعددة من برنامج "بدايات جديدة"[1] NBP (١٣) (٨٦) للمطلقات. صمم NBP لأسر الطلاق ممن لديهم أطفال في سن المدرسة لتحسين العلاقة بين الأم والطفل، وإقرار أسلوب فعال في ترسيخ النظام في الأسرة، وتحسين الاتصال بين الطفل والأب، والحد من تعرض الأطفال للنزاعات بين الوالدين وما يترتب على الطلاق من أحداث سلبية. أشارت دراستان تم فيهما ضبط المتغيرات أن إلى NBP حقق نجاحًا، حيث خفض من تعرض الأطفال للأحداث السلبية، ورفع من موارد أسرية كثيرة بما في ذلك العلاقة بين الأم والطفل، وإقرار نظام فعال في الأسرة وتحسين التواصل مع الأب غير الحاضن (٨٧) (٨٨).

وفي دراسة تتبعية طويلة المدى أجريت بعد ٦ سنوات من تلقى البرنامج، حيث كان الأطفال في سن يتراوح بين ١٥-١٨ سنة، وكان عدد حالات مشكلات التعاطي والصحة النفسية أقل في المجموعة التجريبية بمقارنتها بالمجموعة الضابطة (٨٦). وكان أكثر الأطفال استفادة من البرنامج في الدراسة التتبعية هم من التحقوا بالبرنامج وهم في حالة استهداف حاد لمشكلات الصحة النفسية (وذلك باستخدام دليل السلوك الخارجي: الخطر والمحن الأسرية) (١٣). وتتفق هذه النتائج مع دراسات أشارت إلى أن الأطفال المعرضين لمحن متعددة، وليس مصدر واحد للضغوط، هم أكثر

---

(1) New Beginnings Program (NBP).

المستهدفين لمشكلات الصحة النفسية، وبالتالي أكثر من يحتاجون إلى برامج وقائية انتقائية لبناء الموارد للحد من الآثار السلبية لهذه المحن (٦٢).

البرامج الموجهة

على عكس البرامج الموجهة نحو المشكلات الداخلية التي نجحت تماماً في تخفيض حدة الأعراض من خلال بناء موارد تركز على الطفل، فإن البرامج الموجهة ذات الفاعلية التي تناولت الشباب ممن لديهم مشكلات خارجية شبه إكلينيكية عادة ما تتضمن برامج فردية أو جماعية للآباء لتدريبهم على إدارة السلوك (٢٧) (٤٥) (٨٢). مثال لذلك برنامج سنوات عظيمة[1] (٨٠). ويتكون من ١٤ جلسة، لتدريب الآباء وتستخدم تسجيلات على الفيديو للتفاعل بين الأب/ الأم والطفل ومناقشات جماعية لتدريس الممارسات الوالدية الفعالة، مثل وقت اللعب تحت توجيه الأم/ الأب، وإعطاء التعليمات بأسلوب فعال، والمديح على سلوك اجتماعي مرغوب، واستخدام أساليب غير عنيفة لتقويم السلوك السيئ (وقت للتأديب ، نتائج طبيعية ومنطقية). وقد أثبت البرنامج قدرته على تخفيض المشكلات الخارجية في كثير من الدراسات، وقد تبينت كفاءته باعتباره برنامجاً وقائياً للأطفال ذوي المسلك المشكل (٨١)، وباعتباره برنامجاً علاجياً للأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب السلوك أو اضطراب المخالفة (٧٩).

بناء الموارد في مجال المؤسسات المجتمعية

البرامج العامة

تبني البرامج الوقائية العامة التي تركز على بناء الموارد في المجتمعات أو المؤسسات على أساس نظري، مؤداه أن تغيير المظاهر البيئية على المستوى الأكبر

(1) Incredible years BASIC Program.

يؤدي إلى تخفيض احتمال التعرض للمحن في المستقبل ويقدم دعمًا يساعد الأطفال على التعامل مع الضغوط التي تواجههم في جوانب حياتهم المختلفة بكفاءة (٦١). تصمم البرامج العامة الموجهة للمؤسسات لتعليم المواطنين وتحريكهم نحو سلوك صحي في مجتمعاتهم (٧٧)، وتغيير بيئة المدرسة لتصبح أكثر دعمًا للتلاميذ (٤) (٢٢) (٢٣) (٥٣) ، وتحسين استراتيجيات إدارة الفصل للحد من السلوكيات غير المرغوبة من التلاميذ (١٧).

مثال لذلك، البرنامج التدخلي الموجه لإدارة السلوك في الصف المدرسي "لعبة السلوك الجيد" (GBG)[1]، وأساسه النظري مؤداه أن السلوك السيئ من جانب التلاميذ يرجع إلى أن الزملاء يدعمون سوء السلوك باستجاباتهم مثل الابتسام، والضحك والإشارة، وبالتالي يمكن الحد من تدعيم السلوك السلبي بتقديم مكافآت للمجموعة للحد من السلوك السلبي (١٧). ويقدم البرنامج التدخلي GBG باعتباره لعبة يدعم المعلم فيها فريق التلاميذ الذي لا يتجاوز معايير السلوك التي يضعها المعلم. ويتم تقديم GBG على فترات خلال العام الدراسي ، بدءًا من إجراءات يسهل التنبؤ بها أو مكافآت مباشرة ويتدرج إلى أوقات لا يمكن التنبؤ بها مع تأجيل المكافأة (٣٩). في دراسة (١٤) على ١٩ مدرسة اختيرت عشوائيًا من المدارس العامة، وجد انخفاضًا ملحوظًا في السلوك العدواني في القياس البعدي سواء لدى الذكور أو الإناث في مجموعات التدخل عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة. وفي دراسة تتبعية بعد ٥ سنوات ظل تأثير التدخل مؤثرًا على معدل السلوك العدواني كما يقدره المعلم بالنسبة للأولاد ذوى الدرجات المرتفعة في القياس القاعدي (٤٠). وتشير النتائج إلى أن GBG يؤدي إلى تحسن السلوكيات الأكثر عدوانية من خلال تغيير أيكولوجيا الصف (بيئة الصف) لتصبح أقل عدوانية بصفة عامة (٣٩).

ويعد إعادة بناء المدرسة مثالاً آخر للبرامج الوقائية في المجال المؤسسي. وقد صممت برامج إعادة البناء للحد من مشكلات التوافق لدى الشباب الذين ينتقلون

---
(1) Good Behavior Game (GBG).

للمرحلة الثانوية أو الإعدادية. إن الانتقال من مرحلة لمرحلة تصحبه مخاطر حدوث نتائج سلبية متعددة، بما في ذلك انخفاض درجات التحصيل، وانخفاض تقدير الذات مما يضع الشباب في خطر الوقوع في مزيد من المشكلات كالاكتئاب أو مزيد من صعوبات التعلم (٦٥). وقد فسر علماء النمو هذه الآثار السلبية بعدم التطابق بين بيئة المدرسة وحاجات المراهقين للاستقلال، وبناء الهوية، والعلاقات الحميمة بالزملاء والراشدين (١٦). وقد صمم مشروع البيئة المدرسية الانتقالية (step)[١] لإعادة بناء السياق المدرسي بحيث يتناسب بصورة أفضل مع حاجات التلاميذ أثناء فترة الانتقال شديدة الخطورة، وذلك من خلال تكوين مجموعة صغيرة من التلاميذ يتحركون معًا في كل فصول المرحلة الابتدائية، وتعيين أحد الراشدين مرشدًا أو ناصحًا أو موجهًا، ويكون حلقة وصل مع الأسرة (٢١). وهكذا، يعيد البرنامج بناء خبرات المدرسة ليزيد من المساندة الاجتماعية سواء من الأقران أو الراشدين. وتشير دراسات التقويم إلى أن التلاميذ الذين شاركوا في برنامج STEP يتميزون بتوافق انفعالي أفضل، ودرجات تحصيل ونسبة حضور أكبر، وكان احتمال تسربهم من المدرسة في الصف ١٢ أقل عند مقارنتهم بعينة عشوائية من التلاميذ الذين مروا بخبرة الانتقال العادية (٢١).

برامج انتقائية

يوفر المجتمع مؤسسات وسياسات وممارسات للتعامل مع الأطفال والأسر الذين يمرون بمواقف حياتية ضاغطة كالفقر، والطلاق، والحزن، أو المرض. مثال، محاكم الأحوال المدنية تمثل بناء مؤسسيًا تحصل الأسر من خلاله على حل القضايا القانونية أو الحصول على الطلاق (حقوق الوالدين ومسئولياتهم)، وكيف يتم معالجة الأمور المالية بين المتخاصمين. السياسات والممارسات البديلة قد يكون لها تأثير كبير على تعرض الأطفال لضغوط ما بعد الطلاق كالنزاعات بين الأم/ الأب، وفقد الاتصال بأحد

(1) School Transitional Environment project (STEP).

الوالدين، أو التعرض لصعوبات مالية، وكذلك على توافق الطفل بعد وقوع الطلاق. ولذلك أخذت المحاكم المبادرة في تطوير ممارسات بديلة للحد من النزاع (مثل الوساطة بين الوالدين)، زيادة وجود الأطفال مع الوالدين (المشاركة في الحضانة)، وتقوية أداء الوالدين بعد الطلاق (برامج الوالدية) (٦).

وتعتبر حضانة الطفل بعد الطلاق مثالاً للسياسة في المجال المؤسسي التي أشارت البحوث التطبيقية التي أجريت عليها أنها ترتبط بتوافق الأطفال (٥). وخاصة ما أشارت إليه دراسة أجريت على تحليل فوقي لثلاثة وثلاثين دراسة تقارن بين مستوى توافق الأطفال في حالة الحضانة المنفردة (أم فقط أو أب فقط) والحضانة المشتركة (الأم والأب). ورغم أن الفروق محدودة بين المجموعتين، فإن الباحث أشار إلى أن الحضانة المشتركة تدعو لعلاقات أفضل داخل الأسرة وتوافق أفضل لدى الأطفال في مجالات متعددة، بما في ذلك تقدير ذات أفضل، وتوافق سلوكي وانفعالي أفضل، وتفهم أفضل للطلاق. على الرغم من أن الوالدين الذين تم منحهما حضانة مشتركة كانت علاقاتهما قبل الطلاق وبعده أفضل مقارنة بأسر الحضانة المنفردة، فإن النزاعات بين الوالدين لا تفسر التوافق الأفضل لدى أطفال أسر الحضانة المشتركة.

في دراسة طولية، أمكن التنبؤ بتوافق الأطفال في المستقبل بناء على أسلوب الحضانة، حتى بعد التحكم في كثير من المتغيرات السابقة للطلاق، بما فيها العلاقة بين الأم والأب، والممارسات الوالدية، والتوافق الوالدي، وتوافق الطفل، إلى جانب المتغيرات الديموجرافية. على الرغم من عدم إمكانية استخلاص علاقات سببية من هذه الدراسات حيث إن الأسر لا توزع عشوائيًا إلى الحضانة المشتركة أو الحضانة المنفردة، فإن النتائج تشير إلى ترجيح الحضانة المشتركة بالنسبة لمعظم الأسر من المنظور القانوني (٣٠).

البرامج الموجهة

التدخل المؤسسي لتحسين توافق الشباب الذين يعانون مشكلات سلوكية يستهدف السياسات أو البناءات الاجتماعية التي صممت للتعامل مع هذه المشكلات. النظرية

وراء هذا التدخل مؤداها أن السياسات والبناءات المؤسسية يمكنها أن تحد أو تمنع المشكلات أن تصبح أكثر سوءاً إما بالحد من حدوث المحن في المستقبل أو إتاحة موارد لتنمية الصمود. أمثلة لمثل هذا التدخل تتضمن السياسات المدرسية للتعامل مع مشكلات المراهقين (٦٤)، أسلوب المحكمة في التعامل مع الأطفال المنحرفين (١١) ، أو الطلاق الذي يصحبه نزاعات عنيفة (٣٦).

على الرغم من أن بناء السياسات والمؤسسات التي تتعامل مع المشكلات السلوكية موجودة في كل مكان وزمان، فإن تأثيرها على المحن ، أو الصمود، أو المشكلات الناتجة لم يخضع للدراسة الميدانية إلا نادراً. هناك برنامج تم تقييمه في مجال المؤسسات لتنمية الصمود لدى الأطفال ذوى المشكلات السلوكية وهو برنامج "تحويل المذنب الحدث"[1]. يبنى (١١) هذا البرنامج على افتراض نظري خاص بالتأثير الضار لإعطاء تسمية دامغة للحدث على مستقبله، وعلى قيمة تعبئة موارد المجتمع لدعم كفاءات المذنب الحدث للتوافق مع الأدوار الاجتماعية الإيجابية في المجتمع. ويوجه البرنامج لشباب يعرفهم القانون بضلوعهم في سلوك منحرف، لكن لم تتم إدانتهم رسمياً في نظام العدالة للأحداث. وبدلاً من إقحامهم في نظام العدالة، فإن الأحداث يشتركون في برامج تدخلية سلوكية ، أو أسرية لتحسين توافقهم مع المجتمع. وقد أشارت العديد من دراسات التقييم التجريبية إلى كفاءة برنامج نموذج التحويل. في إحدى الدراسات كان الشباب مقسمين إلى ستة ظروف. ثلاثة منها يقدمها تلميذ متطوع لا يعمل مع المحكمة. هذه الظروف حسنت التوافق الكفء من خلال عقود سلوكية، أو تدخلات في مجال العائلة، أو من خلال علاقة تفهم مع تلميذ متطوع. أما الظرف الرابع فهو مماثل للثلاثة السابقة لكنه يقوم بواسطة أحد العاملين في المحكمة. والظرف الخامس كان ظرفاً للضبط التجريبي يتضمن أنشطة ترويحية. والظرف السادس كان معالجة عادية تجري في محاكم الأحداث. وأشارت النتائج إلى انخفاض الانتكاس للانحراف بالنسبة للظروف النشطة الثلاثة التي تم تقديمها خارج نظام العدالة

(1) Juvenile Offender Diversion program.

للأحداث مقارنة بالمعالجة العادية في المحكمة (١٢). وتقدم النتائج دليلاً على أن إبعاد الشباب عن نظام المحكمة يمكن أن يخفض الأثر السلبي لحمل اسم فيه وصمة، وأن الأنماط المختلفة للتدخل للمساعدة في التوافق يمكن أن يكون لها آثار إيجابية.

بناء موارد عبر المجالات والمستويات

أشار الجزء السابق إلى أن العديد من البرامج التدخلية تنمي الصمود وتمنع الاختلال في الوظائف من خلال بناء موارد في الطفل، أو الأسرة، أو المؤسسات باستخدام برامج تدخلية عامة وانتقائية وموجهة. وقد ثبتت كفاءة الخلايا التسعة في المصفوفة في جدول (٢٠-١) على الرغم من أنه يمكن وصف الجهود في كل خلية من خلايا المصفوفة، فإن بناء الصمود لدى كل الأطفال يتطلب التنسيق بين الجهود التي تجمع بين التدخلات عبر المجالات (الصفوف) وعبر المستويات (الأعمدة) حتى يمكن التعامل مع الفروق الفردية بين الأطفال من حيث المحن، والموارد، والحاجات في المجتمع. لقد جمعت العديد من البرامج التدخلية الوقائية ذات المصداقية بين التدخل عبر المجالات والمستويات من أجل تنمية الصمود ومنع الاختلال الوظيفي (١٠) (٣٣) (٥٠) (٥٨) (٦٠) (٧٦) (٨٣).

فمثلاً، مشروع النمو الاجتماعي بسياتل[1] يتناول تقييم برنامج تدخل عام تم تقديمه للتلاميذ المعرضين لمحن مجتمعية (تلاميذ المدارس الابتدائية الحكومية في مناطق تنتشر فيها الجرائم) (٣٢). وكانت المقارنة في هذه الدراسة تحت الضبط التجريبي على مجموعات غير عشوائية بين ثلاثة ظروف: من قدم له برنامجًا تدخليًا كاملاً، أو برنامجًا متأخرًا، أو من لم يقدم له أي برنامج. وفي حالة البرنامج التدخلي الكامل كانت تقدم الخدمات من السنة الأولى إلى السنة السادسة، وتقدم للطفل، والأسرة والمنظمات الاجتماعية: وتتضمن تدريب على الكفاءات الاجتماعية للأطفال،

(1) Seattle Social Development Project (SSDP).

وفصول في الوالدية للآباء، وتدريب للمعلمين. أما التدخل المتأخر فقد يتضمن الخدمات نفسها ولكنه يقدم للسنة الخامسة والسادسة فقط.

وقد أشارت الدراسات التتبعية للمشروع إلى أن الأطفال الذين تلقوا البرنامج التدخلي الكامل (وليس المتأخر) حققوا نتائج أكاديمية تتسم بالصمود أكبر من أفراد المجموعة الضابطة (٣٣). وفي مرحلة المراهقة والرشد المبكر كان معدل سوء السلوك ، والعنف، وتعاطي الخمور، والتورط في السلوك الجنسي، لدى الشباب الذين تلقوا البرنامج الكامل أقل من المجموعة الضابطة (٣٢) (٤٦).

على نقيض مشروع النمو الاجتماعي بسياتل الذي يبنى الموارد في مجالات متعددة، نجد أن برنامج الوالدية الإيجابية الثلاثي[1] (٦٠) يركز على مجال واحد وهو الوالدية الفعالة عبر مستويات متنوعة. ويبني البرنامج على مبدأ أن الأسر تتفاوت فيما بينها داخل المجتمع الواحد في حاجتها للمساندة والمساعدة حتى تحقق الوالدية الإيجابية. إن برنامج الوالدية الإيجابية منظومة من خمسة مستويات تدخلية تتنوع في عمقها بدءاً من استخدام وسائل الإعلام لبرنامج عام في الوالدية، إلى برنامج مختار على الفيديو، إلى برنامج موجة لمجموعة ما. وقد أجريت بعض الدراسات التي استخدمت مجموعات ضابطة لاختبار كفاءة مستويات البرنامج المختلفة وقدمت دليلاً على كفاءته في رفع كفاءة الممارسات الوالدية والسلوك المرغوب اجتماعياً لدى الأطفال (٦٠).

وضع العلم موضع التطبيق

هناك أعداد متنامية من البرامج الوقائية ذات الفاعلية في تنمية الصمود لدى الأطفال في مواقف ضاغطة. هذه البرامج تتميز بخاصيتين أساسيتين. أولاً أنها تبني الموارد الفردية، والأسرية، والمجتمعية التي ترتبط بنواتج الصمود بالنسبة للأطفال

(1) Triple P- Positive Parenting program.

الذين تحت ظروف ضاغطة. ثانيًا، كانت هذه البرامج ذات فاعلية في دعم الموارد، والوقاية من النتائج السلبية، وتنمية الصمود. وقد تم توثيق هذه النتائج من دراسات دقيقة التصميم تلتزم بالضبط التجريبي. وبدون الأدلة التي توفرها دراسات التقييم ذات التصميم التجريبي الدقيق تظل هذه النتائج وعودًا وليست مكاسبًا مؤكدة. وللأسف أن كثيرًا من المجتمعات لم تتبن البرامج القائمة على الأدلة واعتمدت بدلاً منها على البرامج التدخلية ذات المظهر الجيد وليس التقييم الكفء (٣) (١٨). وسوف نناقش في الجزء التالي بعض التحديات والقضايا المهمة التي يجب على المجتمعات أن تتناولها حتى تستفيد من استخدام البرامج القائمة على الأدلة[1] والتي تبنى الموارد. وسوف نناقش بعض المناحي التي تساعد المجتمعات في تحديد الاحتياجات واختيار البرامج التي يمكن أن تستخدم لتنمية الصمود لدى أطفالهم وأسرهم.

تقدير الاحتياجات[2]

من التحديات المهمة التي يواجهها المجتمع تقدير الاحتياجات والموارد في المجتمع أو لدى الجمهور (٧٨). هذه العملية في غاية الأهمية لتحديد المشكلات ووضع الأهداف المحددة التي يأمل المجتمع تحقيقها. وتتضمن هذه العملية جمع بيانات وبائية[3] عن المحن، والموارد، والمشكلات الشائعة في المجتمع، وتستخدم هذه البيانات في توجيه صياغة الأهداف واختيار استراتيجيات التدخل. ويساعد على جمع البيانات الخاصة بالمحن، والموارد، والمشكلات استخدام مصادر متعددة للبيانات، بما في ذلك رؤية أعضاء المجتمع (تقارير من الشباب والراشدين) وبيانات أرشيفية (سجلات الصحة والمحكمة والمدارس) (٧٨).

(1) Evidence - based.

(2) Needs Assessment

(3) Epidemiological.

وحيث إن القيادة المجتمعية قد لا تكون على دراية كافية بمنهج تقدير الاحتياجات، لذا قامت بعض الهيئات بتصميم أدوات وخدمات لتوجيه القيادات في هذه العملية (٨٤). وضع معهد البحوث[1] أدوات مسحية لمساعدة القيادات المجتمعية في تحديد مدى توفر أو غياب مقومات النمو بالمجتمع (وهي الموارد الواقية القائمة على الأدلة) (٦٣)، وهناك استبيان "بروفيل حياة الطالب: الاتجاه والسلوكيات"[2] ويتكون من ١٥٦ بندًا يتم تطبيقه في حصة دراسية للتلاميذ من الصف ٦-١٢ ويستغرق ٥٠ دقيقة. تقيس الإدارة مدى توفر ٢٠ مقومًا خارجيًا في أسر الأطفال ومجتمعاتهم (علاقات مشبعة بالراشدين، مؤسسات داعمة، فرص إثرائية، إشراف ورقابة من المجتمع على الشباب) و ٢٠ مقومًا داخليًا (التزام التلميذ نحو التعلم، قيم اجتماعية إيجابية، مهارات اجتماعية، هوية ذاتية إيجابية). كما يتناول المسح البيانات الديموجرافية، والسلوكيات الخطرة، ومؤشرات الصمود، (النجاح المدرسي)، وأي خلل نمائي (تاريخ التعرض للإساءة). وتشمل مصاريف هذا الاستبيان التشاور بالتليفون حول الأمور الإدارية، ودليل الاستخدام، ونسخ من الأداة للتلاميذ، وتصحيح الأداة وتحليل النتائج وتقديم تقرير عنها، وموارد تساعد المجتمع في جهوده لبناء استراتيجيات لتحسين النتائج الإيجابية لدى الشباب.

وهناك أداة أخرى وهي "مجتمعات تهتم"[3]، وهي خدمة مدفوعة الأجر وقد صممت لمساعدة المجتمعات على وضع استراتيجيات لتنمية السلوكيات الصحية ومنع نواتج الصحة العقلية السلبية بين الشباب (٣١). وهذه الأداة شاملة، ولها دليل لتوجيه القيادات المجتمعية في جميع خطوات عملية تخطيط وتطبيق الاستراتيجيات الوقائية المبنية على العلم[4] وتشمل: (أ) قياس استعداد المجتمع لاستخدام الأداة. (ب) تقديم

---

(1) Search Institute.

(2) The Profile of student life: Attitude and Behaviors survey.

(3) Communities That Care (CTC).

(4) Science - based.

مفهوم العلم الوقائي والمبادئ التي صممت على أساسها الأداة إلى المسئولين وأعضاء المجتمع. (ج) تكوين هيئة الوقاية المجتمعية لتقوم بتنفيذ أنشطة الأداة. (د) جمع البيانات الخاصة بالمجتمع فيما يتعلق بعوامل الخطر وعوامل الوقاية ، واستخدام المراهقين للعقاقير، وغيرها من المشكلات السلوكية والصحية. (هـ) استخدام البيانات لوضع خطة العمل. (و) اختيار الاستراتيجيات الوقائية المبنية على العلم، التي تبينت فاعليتها في تخفيض عوامل الخطر الخاصة بالمجتمع وتنمية العوامل الواقية. (ز) تطبيق الاستراتيجيات الواقية التي تم اختيارها. (ح) رصد وتقييم مدى نجاح التطبيق.

في أثناء مرحلة قياس الاحتياجات تقوم اللجنة الممثلة للمجتمع بعمل بروفيل لجوانب القوى وجوانب التحدي في المجتمع على أساس النتائج المستخلصة من تطبيق المقياس على التلاميذ وكذلك البيانات الأرشيفية، التي تقيس السلوكيات الدالة على الخطر (نسب التعاطي، الانحرافات السلوكية) وكذلك المحن والموارد في أربعة مجالات: المجتمع، والمدرسة، والأسرة، والرفاق (٣١). ومن هذه البيانات تتكون خريطة للمجتمع تكشف تفاصيل توزيع المحن والموارد في الجيرة المحيطة، مما يسمح للجنة بتركيز الجهد على أكثر المناطق تعرضاً للخطر.

على الرغم من أن هناك بحوثًا تؤكد ثبات وصدق أداة القياس التي صممت في معهد الأبحاث (٤٤)، وكذلك "مجتمع يهتم" (٢) وكلاهما تم اختبارهما ميدانياً، لكن لم تجر تجارب ذات ضبط تجريبي للتحقق من فاعلية هذا المنحى في تيسير تطبيق استراتيجيات وقائية قائمة على العلم تؤدي إلى تنمية الصحة العقلية في المجتمع باستخدام هذه الخدمات. وقد أجريت دراسة غير رسمية مبنية على قيام الباحث بعمل مقابلات مع ممثلين للمجتمع ممن استخدموا الأداتين أو إحداهما من تلك الأدوات التي سبق عرضها و انتهوا إلى أن التطبيق الناجح لهذه المناحي اعتمد على قبول المجتمع ككل ومشاركته، يضاف لهذا القبول والمشاركة والمرونة في أدوار وأفعال هيئات المجتمع. وهكذا، يكون تأثير المجتمع على خدمات قياس الاحتياجات التي تصمم لمساعدة المجتمع على تطبيق البرامج الوقائية المبنية على أساس الأدلة بنجاح مازال في حاجة

للتحديد. ومع ذلك، فإن هذه المناحي تقدم طريقة محتملة لمساعدة المجتمعات على استخدام الأساليب العلمية في توجيه اتخاذ القرار فيما يتعلق بالمحن، والموارد، والمشكلات التي يستهدفها التدخل.

اختيار الاستراتيجيات الوقائية

بعد مرحلة تقدير الاحتياجات وتحديد الأهداف، تواجه المجتمعات التحدي الخاص باختيار أفضل الاستراتيجيات التدخلية لتواجه أهداف المجتمع (٧٨).المنحى متعدد المستويات الذي يتضمن الجمع بين البرامج الوقائية العامة، والانتقائية، والموجهة المبنية على أساس الأدلة، التي تقاوم المحن وتبني الموارد عبر مجالات متعددة، لديه إمكانية تقديم طريقة فعالة لمواجهة الحاجات المتنوعة لأفراد المجتمع، وبناء الصمود على المستوى الجماهيري (٣١) (٦٠) (٦٧). ويساعد الإطار التصوري الذي طرح في هذا الفصل على توجيه عملية اختيار استراتيجيات تدخلية مناسبة. ويمكن لقادة المجتمع استخدام البيانات التي تم جمعها عن المحن، والمشكلات، والموارد السائدة في المجتمع لاختيار تدخلات انتقائية لمقاومة محن معينة تسود بشكل كبير في المجتمع. إن الاستراتيجيات متعددة المستويات في مجال ما يمكنها معالجة النقص في الموارد، والبرامج العامة والموجهة فتستخدم لمواجهة مشكلات التعاطي أو الصحة النفسية في المجتمع.

لكي يكون اختيار البرامج فعالاً ويتناسب مع حاجات المجتمع، فقادة المجتمع في حاجة لأن تتوفر لديهم أو تتاح لهم بيانات دقيقة عن البرامج التي تبينت قدرتها على بناء موارد محددة تقاوم محنًا محددة، وتحد من مشكلات توافق محددة. نظرًا لتقدير ضرورة توفير هذه البيانات في المجتمعات ولدى الممارسين قامت بعض الهيئات الفدرالية بوضع مبادئ للفاعلية للاسترشاد بها في تحديد البرامج الوقائية الفعالة، وكذلك لتسجيل جداول بالبرامج الفعالة، وتفاصيل الشروط التي توفرت حتى أثبتت هذه البرامج فاعليتها، وهناك مصادر كثيرة على مواقع الهيئات المختلفة: خدمات سوء

استخدام العقاقير والصحة العقلية:[1] مركز الوقاية من سوء استخدام العقاقير[2] (مكتب العدالة للأحداث والوقاية من الانحراف)[3] ، برنامج وزارة التربية لمدارس آمنة خالية من العقاقير:[4] مثال لهذه البرامج يقدمه موقع المسارات الوقائية[5] وفيها يعرض مصادر متنوعة تتضمن وصفًا للبرامج الوقائية التي تبينت فاعليتها من دراسات تقويمية منهجية. وكذلك وصف لنماذج من البرامج تبعًا لمستوى التدخل (عام، انتقائي، موجه)، وكذلك الاستراتيجيات المستخدمة ، والجمهور المستهدف، والنتائج التي تحققت، والتكلفة الفعلية، وطريقة الاتصال بالمسئولين عن البرنامج (التطبيق والتقييم).

التطبيق والتقييم

إن اختيار برامج مبنية على أساس الأدلة الفعلية لا يضمن أن يتم تطبيقها بنجاح في المجتمع. حتى لو تم اختيار برامج على أساس توفر الأدلة على فاعليتها فلا يتم تطبيقها جيداً في الواقع في نظم الخدمات المتاحة (٢٩). يعد الإخلاص والدقة في تطبيق البرامج عاملاً مهمًا في تحديد ما إذا كانت البرامج التي تقدم للمجتمع سوف تنتج عنها نفس النتائج الإيجابية التي حققتها سابقًا (٤٩). لذلك فلابد أن تتضمن البرامج دليل تفصيلي: برامج التدريب، والمساعدة المهنية المطلوبة ، والإجراءات الخاصة بمراقبة التطبيق كوسائل لتحسين التطبيق (٣٤) (٣٨) (٧٥).

إلى جانب مواصفات البرامج فإن خصائص من تقدم له البرامج ومن يقومون بتقديمها والقضايا المؤسسية كلها عوامل تثبت تأثيرها في جودة التطبيق، وما إذا كان التدخل سوف يحافظ على تأثيره مع الوقت (٣) (٤٩) (٦٨). لذلك فمن المهم بالنسبة للمجتمعات أن تتعاقد مع مؤسسات ذات مستوى عال في التطبيق ، على أساس

---

(1) Substance Abuse and mental Healthservice (SAMHS)

(2) Center for substance Abuse prevention (CSAP).

(3) Office of Juvenile Justice and Delinquency prevention. (OJJDP)

(4) U.S. Department of Education safe and free schools program (SDFSP).

(5) CSAP's Prevention pathways Website.

خصائص خاصة بمدى توفر الوعي والاهتمام بأهداف البرنامج، ومدى توفر المؤهلات المناسبة والكفاءة الثقافية في العاملين، وكذلك توفر موارد مناسبة وقيادة مؤسسية قوية لدعم البرنامج (٥٧) (٧٨)، إلى جانب الالتزام بوضع خطوات للتنفيذ يتم تحديدها والتخطيط لها بدقة (خطة زمنية ، توزيع المسئوليات)، ولابد من استخدام استراتيجيات للتحسين المستمر للأداء تقيس وتقدم التغذية الرجعية بصورة منتظمة لكل ما تحصل عليه من معلومات خاصة بتخطيط التدخل وتطبيقه وما تحققه من نتائج من أجل تحسين فاعلية البرامج الوقائية التي تقدم للمجتمع (٧٨).

خاتمة :

قدمنا في هذا الفصل إطار تصوري تتكامل فيه مفاهيم الصمود مع منحى الصحة العامة لبناء الصمود والوقاية من مشكلات الصحة العقلية لدى الأطفال. يتميز الأفراد داخل الجمهور العام بمستويات متفاوتة ومتنوعة من المحن ، والموارد، والمشكلات. لذلك فإن المنحى الذي يتضمن مجالات متعددة ، ومستويات متعددة تتضمن الجمع بين البرامج الوقائية العامة ، والانتقائية ، والموجهة منحى واعدا باعتباره وسيلة فعالة لمواجهة التنوع في الحاجات وللتأثير على مشكلات الصحة العقلية في المستوى العام (الجمهور ككل). لقد تم اختيار العديد من البرامج التدخلية العامة ، والانتقائية ، والموجهة وتبين أنها تبنى الموارد عبر المجالات المختلفة للصمود وتحقق الوقاية من مشكلات الصحة العقلية. وللأسف أن معظم المجتمعات لا تطبق البرامج القائمة على الدليل العلمي التطبيقي ، مما يؤكد أهمية وجود طرائق لمساعدة قادة المجتمع على إجراء قياس للحاجات ، واختيار البرامج الفعالة، وتقديمها بدقة ، وتقييم تأثيرها على الشباب. إن بناء الصمود لدى جميع الأطفال يتطلب من المجتمع تحديد أهداف بعينها بشأن الكفاءات التي يجب توفرها في الأطفال حتى تنمى، وتحديد المشكلات حتى تقاوم ويتم الوقاية منها، وتقدير المصاعب أو المحن التي تهدد هذه الأهداف، والموارد التي تدعمها، وتطبيق مجموعة من البرامج الوقائية القائمة على الشواهد العملية والتطبيقية التي تبنى الموارد عبر المجالات والمستويات التدخلية المختلفة.

REFERENCES

1- Amato, P. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 15*(3), 355–370.

2- Arthur, M., Hawkins, J. D., Pollard, J. Catalano, R., & Baglioni, A. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The communities that care youth survey. *Evaluation Review, 26*(6), 575–601.

3- Backer, T. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 363–373

4- Battistich, V., Schaps, E., Watson, M., & Solomon, D. (1996). Prevention effects of the Child Development Project: Early findings from an ongoing multisite demonstration trial. *Journal of Adolescent Research, 11*, 12–35.

5- Bauserman, R. (2002). Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology, 16*(1), 91–102.

6- Braver, S. L., Hipke, K. N., Ellman, I. M., & Sandler, I. N. (2003). Strengths-building public policy for children of divorce. In K. Maton, C. J. Schellenbach, B. J. Leadbeater, & A. L. Solarz (Eds.), *Investing in children, youth, families and communities: Strengths-based research and policy* (pp. 53–73). Washington, DC: American Psychological Association.

7- Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(3), 312–321.

8- Clarke, G., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W. et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry, 58*, 1127–1134.

9- Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG). (1999). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 648–657.

10- Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG). (2002). Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(1), 19–35.

11- Davidson, W., Redner, R., Amdur, R., & Mitchell, C. (1990). *Alternative treatments for troubled youth: The case of diversion from the justice system*. New York: Plenum.

12- Davidson, W., Redner, R., Blakely, C., Mitchell, C., & Emshoff, J. (1987). Diversion of juvenile offenders: An experimental comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(1), 68–75.

13- Dawson-McClure, S., Sandler, I., Wolchik, S., & Millsap, R. (2004). Risk as a moderator of the effects of prevention programs for children of divorce: A six-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*(2), 175–190.

14- Dolan, L., Kellam, S., Brown, C., Werthamer-Larsson, L., Rebok, G., Mayer, L. et al. (1993). The short-term impact of two classroom-based preventive interventions on aggressive and shy behaviors and poor achievement. *Journal of Applied Developmental Psychology, 14*, 317–345.

15- Duncan, G., & Brooks-Gunn, J. (2000). Family poverty, welfare reform, and child development. *Child Development, 71*(1), 188–196.

16- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C. et al. (1993). The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and families. *American Psychologist, 48*, 90–101.

17- Embry, D. (2002). The good behavior game: A best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(4), 273–297.

18- Ennett, S., Ringwalt, C., Thorne, J., Rohrbach, L., Vincus, A., Simons-Rudolph, A. et al. (2003). A comparison of current practice in school-based substance use prevention programs with meta-analysis findings. *Prevention Science, 4*(1), 1–14.

19- Enright, S., & Carr, A. (2002). Prevention of post-traumatic adjustment problems in children and adolescents. In A. Carr (Ed.), *Prevention: What works with children and adolescents?* (pp. 314–335). New York: Brunner-Routledge.

20- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258.

21- Felner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., Mulhall, P. F., Flowers, N., Sartain, B., & DuBois, D. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: Longitudinal follow-ups and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP). *Prevention in Human Services, 10*(2), 103–136.

22- Felner, R., Favazza, A., Shim, M., Brand, S., Gu, K., & Noonan, N. (2001). Whole school improvement and restructuring as prevention and promotion: Lessons from STEP and the Project on High Performance Learning Communities. *Journal of School Psychology, 39*(2), 177–202.

23- Flannery, D., Vazsonyi, A., Liau, A., Guo, S., Powell, K., Atha, H. et al. (2003). Initial behavior outcomes for the Peace Builders universal school-based violence prevention program. *Developmental Psychology, 39*(2), 292–308.

24- Furstenberg, F., Cook, T., Eccles, J., Elder, G., & Sameroff, A. (1999). *Managing to make it: Urban families and adolescent success.* Chicago: University of Chicago Press.

25- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. Steinberg & M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20–26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

26- Grant, K., Compas, B., Stuhlmacher, A., Thurm, A., McMahon, S., & Halpert, J. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin, 129*(3), 447–466.

27- Greenberg, M., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment, 4*(1), 1–62.

28- Greenberg, M., Kusche, C., Cook, E., & Quamma, J. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology, 7*(1), 117–136.

29- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H. et al. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning. *American Psychologist, 58*(6–7), 466–474.

30- Gunnoe, M. L., & Braver, S. (2001). The effects of joint legal custody on mothers, fathers, and children controlling for factors that predispose a sole maternal versus joint legal award. *Law and Human Behavior, 25*(1), 25–43.

31- Hawkins, J., Catalano, R., & Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors, 27*, 951–976.

32- Hawkins, J., Catalano, R., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*, 226–234.

33- Hawkins, J., Guo, J., Hill, K., Battin-Pearson, S., & Abbott, R. (2001). Long-term effects of the Seattle social development intervention on school bonding trajectories. *Applied Developmental Science, 5*(4), 225–236.

34- Hays, R., Rebchook, G., & Kegeles, S. (2003). The Mpowerment project: Community-building with young gay and bisexual men to prevent HIV. *American Journal of Community Psychology, 31*(3–4), 301–312.

35- Institute of Medicine (IMO). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.* Washington, DC: National Academy Press.

36- Johnston, J., & Roseby, V. (1997). *In the name of the child: A developmental approach to understanding and helping children of conflicted and violent divorce.* New York: Free Press.

37- Kam, C., Greenberg, M., & Walls, C. (2003). Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS curriculum. *Prevention Science, 4*(1), 55–63.

38- Kegeles, S. M., Rebchook, G. M., Hays, R. B., Terry, M. A., O'Donnell, L., Leonard, N. R. et al. (2000). From science to application: The development of an intervention package. *AIDS Education and Prevention, 12*, 62–74.

39- Kellam, S., Ling, X., Merisca, R., Brown, C. H., & Ialongo, N. (1998). The effect of the level of aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology, 10*, 165–185.

40- Kellam, S., Rebok, G., Ialongo, N., & Mayer, L. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 359–382.

41- Kessler, R., Davis, C., & Kendler, K. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 27*(5), 1101–1119.

42- Kiselica, M., Baker, S., Thomas, R., & Reedy, S. (1994). Effects of stress inoculation training on anxiety, stress, and academic performance among adolescents. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 335–342.

43- Lange, G., & Carr, A. (2002). Prevention of cognitive delay in socially disadvantaged children. In A. Carr (Ed.), *Prevention: What works with children and adolescents?* (pp. 41–63). New York: Brunner-Routledge.

44- Leffert, N., Benson, P., Scales, P., Sharma, A., Drake, D., & Blyth, D. (1998). Developmental assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science, 2*(4), 209–230.

45- Lochman, J., & van den Steenhoven, A. (2002). Family-based approaches to substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention, 23*(1), 49–114.

46- Lonczak, H., Abbott, R., Hawkins, J., Kosterman, R., & Catalano, R. (2002). Effects of the Seattle social development project on sexual behavior, pregnancy, birth, and STD outcomes by age 21. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156*, 438–447.

47- Lutzke, J., Ayers, T., Sandler, I., & Barr, A. (1997). Risks and interventions for the parentally bereaved child. In S. Wolchik & I. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention issues in clinical child psychology* (pp. 215–243). New York: Plenum.

48- Margolin, G., & Gordis, E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology, 51*, 445–479.

49- Mayer, J., & Davidson, W. (2000). Dissemination of innovation as social change. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 421–443). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic.

50- Metropolitan Area Child Study Research Group. (2002). A cognitive-ecological approach to preventing aggression in urban settings: Initial outcomes for high-risk children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 179–194.

51- Offord, D. (2000). Selection of levels of prevention. *Addictive Behaviors, 25*(6), 833–842.

52- Olds, D. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science, 3*(3), 153–172.

53- Olweus, D. (1993). *Bullying in schools: What we know and what we can do.* Oxford: Blackwell.

54- O'Sullivan, A., & Carr, A. (2002). Prevention of developmental delay in low birth weight infants. In A. Carr (Ed.), *Prevention: What works with children and adolescents?* (pp. 17–40). New York: Brunner-Routledge.

55- Pedro-Carroll, J. (1997). The children of divorce intervention program: Fostering resilient outcomes for school-aged children. In G. Albee & T. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works. Issues in children's and families' lives, Vol. 6* (pp. 213–238). Thousand Oaks, CA: Sage.

56- Pedro-Carroll, J., & Cowen, E. (1985). The children of divorce intervention program: An investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(5), 603–611.

57- Price, R. (2002, May). *A tale of three community collaborations: Winning new jobs in China, Finland, and California.* Paper presented at tenth annual meeting of the Society for Prevention Research, Seattle, WA.

58- Reid, J., Eddy, J., Fetrow, R., & Stoolmiller, M. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology, 27*, 483–517.

59- Rose, G. (1992). Strategies of prevention: The individual and the population. In M. Marmot & P. Elliott (Eds.), *Coronary heart disease epidemiology: From aetiology to public health* (pp. 311–324). New York: Oxford University Press.

60- Sanders, M., Turner, K., & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science, 3*(3), 173–189.
61- Sandler, I. (2001). Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology, 29*(1), 19–61.
62- Sandler, I., Ayers, T., Suter, J., Schultz, A., & Twohey, J. (2003). Adversities, strengths and public policy. In K. Maton, C. Schellenbach, B. Leadbeater, & A. Solarz (Eds.), *Investing in children, youth, families, and communities: Strengths-based research and policy*. Washington, DC: American Psychological Association.
63- Scales, P., & Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development*. Minneapolis: Search Institute.
64- Schellenbach, C., Leadbeater, B., & Moore, K. (2003). Enhancing the developmental outcomes of adolescent parents and their children. In K. Maton, C. Schellenbach, B. Leadbeater, & A. Solarz (Eds.), *Investing in children, youth, families, and communities: Strengths-based research and policy*. Washington, DC: American Psychological Association.
65- Seidman, E., Aber, J. L., & French, S. E. (2003). The organization of schooling and adolescent development. In K. Maton, C. J. Schellenbach, B. J. Leadbeater, & A. L. Solarz (Eds.), *Investing in children, youth, families and communities: Strengths-based research and policy* (pp. 233–251). Washington, DC: American Psychological Association.
66- Seifer, R., & Dickstein, S. (2000). Parental mental illness and infant development. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health, (2nd ed.*, pp. 145–160). New York: Guilford.
67- Sheeber, L., Biglan, A., Metzler, C., & Taylor, T. (2002). Promoting effective parenting practices. In L. Jason & D. Glenwick (Eds.), *Innovative strategies for promoting health and mental health across the life span* (pp. 63–84). New York: Springer.
68- Sobell, L. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy, 27*(3), 297–320.
69- Spoth, R., Guyll, M., & Day, S. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol, 63*, 219–228.
70- Spoth, R., Redmond, C., & Shin, C. (1998). Direct and indirect latent-variable parenting outcomes of two universal family-focused preventive interventions: Extending a public health-oriented research base. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 385–399.
71- Spoth, R., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 627–642.
72- Stolberg, A., & Mahler, J. (1994). Enhancing treatment gains in a school-based intervention for children of divorce through skill training, parental involvement, and transfer procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 147–156.
73- Stormshak, E., Kaminski, R., & Goodman, M. (2002). Enhancing the parenting skills of Head Start families during the transition to kindergarten. *Prevention Science, 3*(3), 223–234.
74- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P., Marshall, D., Streke, A., & Stackpole, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention, 20*(4), 275–336.
75- Torrey, W., Drake, R., Dixon, L., Burns, B., Flynn, L., Rush, A. J. et al. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services, 52*(1), 45–50.
76- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R. (2001). Preventive intervention: Assessing its effects on the trajectories of delinquency and testing for mediational processes. *Applied Developmental Science, 5*(4), 201–213.
77- Wandersman, A., & Florin, P. (2003). Community interventions and effective prevention. *American Psychologist, 58*(6–7), 441–448.

78- Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., & Kaftarian, S. (2000). Getting to outcomes: A results-based approach to accountability. *Evaluation and Program Planning, 23*, 389–395.

79- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(3), 583–593.

80- Webster-Stratton, C. (2001). The incredible years: Parents, teachers, and children training series. *Residential Treatment for Children and Youth, 18*(3), 31–45.

81- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(1), 93–109.

82- Webster-Stratton, C., & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 years). *Prevention Science, 2*(3), 165–192.

83- Weikart, D., & Schweinhart, L. (1997). High/Scope Perry preschool program. In G. Albee & T. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works. Issues in children's and families' lives, Vol. 6* (pp. 146–166). Thousand Oaks, CA: Sage.

84- Whitlock, J., & Hamilton, S. (2003). The role of youth surveys in community youth development initiatives. *Applied Developmental Science, 7*(1), 39–51.

85- Wilson, D., Gottfredson, D., & Najaka, S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology, 17*(3), 247–272.

86- Wolchik, S., Sandler, I., & Millsap, R., Plummer, B., Greene, S., Anderson, E. et al. (2002). Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: A randomized controlled trial. *JAMA, 288*(15), 1874–1881.

87- Wolchik, S., West, S., Sandler, I., Tein, J., Coatsworth, D., Lengua, L. et al. (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 843–856.

88- Wolchik, S., West, S., Westover, S., & Sandler, I. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. *American Journal of Community Psychology, 21*(3), 293–331.

89- Wyman, P., Sandler, I., Wolchik, S., & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents* (pp. 133–184). Washington, DC: Child Welfare League of America.

الفصل الواحد والعشرون

الصمود من خلال منع العنف في المدارس

جنيفر توب ، ميليا بيرو

تستطيع المدرسة أن توفر المناخ والظروف التي تدعم الصمود لدى شباب اليوم ورجال الغد أكثر من أي مؤسسة أخرى باستثناء الأسرة Henderson & Milstein 1996 p2.

حين طلب منا أن نكتب فصلاً في هذا الكتاب يركز على المدرسة، فكرنا في الكتب والفصول والمقالات التي كتبت في مجال البرامج المدرسية التي تهدف للوقاية من المشكلات الاجتماعية والوجدانية لدى الأطفال والمراهقين. هناك العديد من البرامج المدرسية مثل عيادة الصحة النفسية وبرامج الوقاية من المواد المخدرة ، وبرامج الحد من الأسلحة ، وبرامج الشراكة بين المدرسة والمجتمع، وبرامج دعم خدمات الأسرة، وهذا قليل من كثير وكلها تهدف إلى الرفاه الاجتماعي الوجداني لتلاميذنا، ونستطيع أن نقول إن كثيراً منها يدعم الصمود بصورة عامة.

عند تناول قضية منع العنف في المدرسة، لن نناقش البرامج التي تستهدف الشباب ذوى المشكلات، وهي برامج تركز على الصحة النفسية، أو غيرها من البرامج ذات التركيز الثانوي على قضية الوقاية، رغم أننا ندعم بقوة مثل هذه البرامج ونعتقد أن لها دوراً حيوياً في مدارسنا القومية، ونعتقد أن هذه البرامج تسهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة في الحد من العوامل المرتبطة بالعنف في المدارس، وكذلك في زيادة العوامل المرتبطة بالصمود في جمهور التلاميذ.

إلى جانب أن البرامج التي تستهدف التلاميذ ذوى المشكلات المحددة، في الأغلب أن تكون ذات تركيز كلينيكي تؤكد على تخفيف[1] الأعراض وليس على نموذج الصمود(١٥) لزيادة الرفاه ، وعادة ما تستهدف نسبة صغيرة من جمهور التلاميذ، وقد قدرت وزارة التربية الأمريكية (٧٤) أن أقل من ١٪ لديهم اضطراب يتطلب تقديم خدمات لهم تبعًا لنص القانون الخاص بالتعليم للأفراد ذوى القصور. في تركيزنا على التدخل لكل المدرسة نتبنى رؤية وقائية تدخلية (٢٢) مصممة قصديا للحد من وقوع مشكلات التوافق في المستقبل في جمهور الأسوياء وكذلك جهود موجهة لتنمية الصحة العقلية، حيث يستهدف التدخل التلاميذ جميعًا سواء من لديهم مشكلات أم لا.

سوف يركز هذا الفصل على برامج تقدم في الصف[2] وتصمم في كل المدرسة وتتناول بيئة المدرسة وتصمم بشكل خاص لتحسين الكفاءات الاجتماعية والوجدانية ومنع السلوك العنيف. وهكذا فلن نتناول المعالجات والاستراتيجيات التي تستهدف الأفراد من ذوى المشكلات السلوكية الذين تم تشخيصهم فعلاً (الوقاية الثانوية). إن تركيزنا موجه إلى المدرسة ككل وإلى البرامج الوقائية الأولية التي تستهدف كل التلاميذ في المدرسة. ونعتقد أنه مع التركيز على الصمود يلزم رفع الكفاءة الاجتماعية وتنمية الصلابة في مواجهة الضغوط لدى كل الأطفال للحد من حدوث العنف. سوف نتناول أهمية البرامج العامة في مجال المدرسة، وكذلك كيف نرفع من الصمود من خلال تطبيقه في الأنشطة التي يمارسها الأطفال والمراهقون يومًا بعد يوم، كما سوف نعرض البرامج الوقائية ذات المصداقية للعنف وكذلك الاستراتيجيات اللازمة لاختبار فاعلية هذه البرامج، كما سوف نتناول الاتجاهات المستقبلية والتوجهات البحثية للبرامج الوقائية للعنف.

---

(1) Disabilities Education Act of 1996 (IDEA).

(2) Classroom - based.

تعريفات الصمود:

يعرف الصمود بأنه قدرة الفرد على التواؤم للتغير وللأحداث الضاغطة بطرائق مرنة وصحية، كما أنه يعني كيف ينهض الأطفال والراشدون من الضغوط والصدمات والأخطار التي يواجهونها في حياتهم. تعرف الدراسات والبحوث الصمود بأنه خصائص تميز الشباب الذين يبدون استجابات ناجحة للتحديات ويستخدمون ما تعلموه من هذه المواقف ليحققوا نتائج ناجحة، وذلك حين يتعرضون لعوامل خطر متعددة (٣٨) (٥١) (٦٢) (٧٨). وتعرف الأكاديمية القومية للعلوم (٦١) الصمود بأنه أنماط تحمي الأطفال من اكتساب سلوكيات مشكلة في مواجهة الخطر، و يرى البعض (٤٢) أن الصمود يتضمن الاستجابات التواؤمية للضغوط البيئية كالتغير في الظروف الأسرية أو المجتمعية.

لكي تدعم المدارس الصمود لابد من وضع خصائص الطفل الذي يتسم بالصمود، وكما ورد في الفصول السابقة، هناك مجموعتان عامتان للعوامل الواقية التي ترتبط بالصمود لدى الأطفال، عوامل داخلية وعوامل خارجية، العوامل الداخلية داخل الفرد مثل مقاومة الاندفا ع، والقدرة على اتخاذ القرار، وحل المشكلات الاجتماعية، والقدرة على عمل علاقات بالآخرين (٣٩)، أما العوامل الخارجية فتعني الخصائص التي تتصف بها الأسرة والمدرسة والمجتمع وما تضعه هذه المؤسسات الاجتماعية من ضوابط وحدود ومعايير وقواعد تشجع المساندة والرعاية بين الأفراد، وتسود فيها قيم الغيرية والتعاون وأن تكون هذه القيم والقواعد واضحة وملزمة (٣٩) ، ويمكن للبرامج الموجهة لكل المدرسة لدعم الصمود أن تستخدم ميكانيزمات تعظيم العوامل الداخلية بالعمل على المستوى الفردي، مثل هذه البرامج تعلم التلاميذ مهارات مثل حل الصرا ع وحل المشكلات الاجتماعية، ويمكن تنمية العوامل الخارجية المدرسية من خلال التغيير في بيئة المدرسة كتقديم برامج يقوم فيها الأقران بدور الوسيط أو إدخال تغييرات في سياسة النظام المدرسي.

الوقاية الأولية:[1]

تنشأ بعض أهم المشكلات الصحية والاجتماعية التي تواجه المجتمع الأمريكي اليوم نتيجة لأنماط سلوكية تتكون في مرحلة الشباب (٤٥)، وتعرف الوقاية الأولية بأنها الإجراءات أو الأفعال التي تتخذ قبل وقوع المرض حتى تستبعد أسبابه أو تعدل مساره قبل أن يحدث المرض (٣١)، وهكذا فهذه البرامج تربوية وليست علاجية، حيث أنها لا تستهدف المرض بالضرورة ولا تخفيف الأعراض.

تشير (٦٠) إلى أنه لكي تكون البرامج الوقائية فعالة لابد أن تستهدف المستويات النمائية وتتضمن خصائص من الفرد البيئة، البرامج الوقائية الفعالة كتلك التي تستهدف التدخين والكحوليات وسوء استخدام العقاقير وتتطلب تعليمات شاملة وتبدأ مبكرًا في حياة التلاميذ(٦٠)، على الرغم من أن البرامج الوقائية للعنف حديثة نسبيًا حيث ظهرت في العقدين الماضيين، فإن معظم الأبحاث التي أجريت عليها تمت في المناطق والأحياء الفقيرة مع التركيز على المراهقين.

يؤكد البحث أن التركيز على الأطفال له أهمية خاصة في الإطار الوقائي (٨)، فكثير من السلوكيات غير المرغوبة التي ترتبط بالسلوك العدواني والاتجاهات المصاحبة له تظهر قبل المراهقة. في دراسة مسحية أجريت على مجال واسع أشارت إجابات الأطفال من الصف الثالث إلى الخامس إلى أن ١٥٪ منهم تم تحويلهم إلى الإدارة لمشكلات خاصة بمخالفة النظام ، و ١٣٪ بدأوا عراك، و ٢٧٪ ضرب، و ١٢٪ تم تهديدهم بسلاح (٢٥)، وذلك خلال أسبوع واحد وعند انتقال الأطفال إلى المرحلة الإعدادية يكون أعداد كبيرة منهم قد تورطوا في سلوك عدواني أو خطر أو مشاكسة (٥).

ولذلك يفضل بعض الباحثين (٣٠) أن يبدأ التدخل مبكرًا، حيث إن تكلفة برامج التدخل في مرحلة المراهقة أكبر كثيرًا من التكلفة في مرحلة مبكرة، بالإضافة إلى أن

---

(1) Primary Prevention.

البرامج الوقائية التي استهدفت الأطفال في المرحلة الإعدادية والثانوية لم تحقق إلا نجاحًا محدودًا (٤٢) (٥٦).

وقد أشارت المقابلات التي أجريت مع الباحثين الثقات في مجال الوقاية من العنف إلى تفضيل بدء البرامج في المرحلة الابتدائية ثم تدعيمها عبر المراحل الأعلى (٢٣). ويشير التحليل الفوقي[1] لبرامج الوقاية الأولية إلى أن البرامج التي تقدم لأطفال في المرحلة قبل العمليات ذات فاعلية أكبر من تلك التي تقدم للأطفال والمراهقين في المرحلة الحسية (٢٢).

أهمية المدارس:

المدرسة هي أكبر المؤسسات قدرة على التأثير في معظم التلاميذ وأسرهم، حيث يسمح بناؤها بفرصة لا تتكرر لتدخل أساسه المجتمع[2]، والذي يستهدف قضايا متعددة بدءًا من العلاقة بين الأقران إلى حل المشكلات، والمدرسة لديها القدرة أكثر من غيرها من المؤسسات على الوصول إلى الاضطرابات الداخلية للتلاميذ رغم أنهم لا يسعون لطلب العلاج، فإن المدرسة باعتبارها نظاما لديها الفرصة للملاحظة والتدخل المباشر من خلال الأنشطة التي تقدمها، حيث يقضي التلاميذ وقتًا طويلاً من ناحية وحيث تنتفي شبهة أو وصمة الاضطراب التي ترتبط بالاضطراب العقلي من ناحية أخرى - إلى جانب ذلك أشارت التقارير الرسمية (الأمريكية) إلى أن ٧٠٪ من الأطفال والمراهقين الذين يحتاجون للخدمات العلاجية لا يتلقونها (٧٥)، وأن من يتلقى خدمات علاجية يتلقاها من المدرسة فهي المصدر الأول لتقديم العلاج (٤٠).

المدرسة يمكن أن تكون الملجأ للأطفال المعرضين للمخاطر في بيئاتهم، حيث يجدون النجاح والأمان (٢٠) ، فالمدرسة لديها أفضل موقع لتنمية إمكانات الأطفال في

(1) Meta analysis.

(2) Community - based.

مجال التوافق الاجتماعي. ويؤكد اتحاد تنمية الكفاءات الاجتماعية أساسها المدرسة (١٣)[1] أن المدارس هي المكان الأساسي للأنشطة التي تنمي كفاءة التلاميذ وأنماط السلوك الصحيح.

ويرى البعض (٧٧) أن المدرسة أفضل مكان لتنمية الكفاءة الاجتماعية في مواقف طبيعية داخل الصف أو الملعب، حيث تنمي المهارات التي يعمم استخدامها فتصبح أكثر فاعلية من التدخل التقليدي الموجه للتلميذ بشكل فردي وأكثر فاعلية من صور التدخل من خلال مؤسسات مجتمعية أخرى ، وأكثر من هذا فالمدارس هي المكان المنطقي لتطبيق البرامج الوقائية حيث إن أكبر نسبة من الإنفاق الحكومي على الأطفال والمراهقين توجه للنظام التعليمي، ولا توجد أي جهة حكومية تقدم خدمات للأطفال والشباب يمكن أن تقارن ميزانيتها بميزانية المدارس. تقدر ميزانية وزارة التربية الأمريكية ١٩٩٩ ٣,٦ بليون دولار لتقديم خدمات للأطفال من خلال النظام التعليمي لولاية ماساشوستس (٥٠).

وتشير البحوث في مجال فاعلية المدارس إلى أن المدارس لها تأثير كبير على نمو الأطفال (٤٤) ويقدم النظام التربوي أكثر الوسائل الفعالة المنظمة المتاحة لتنمية الصحة النفسية والاجتماعية والجسمية للأطفال في سن المدرسة (٧٦). ومن العوامل التي تشير إلى فاعلية المدرسة القيادة القوية، والتوقعات التعليمية والسلوكية وخلق الإحساس بالانتماء (٤٤). ويرى (٧٧) أن المدرسة في تواصل دائم ومنظم بالأطفال على مدى سنوات التكوين، وكذلك فهي على اتصال بالآباء وأولياء الأمور. ومن منطلق النموذج الأيكولوجي تقع المدرسة في المستوى المصغر[2] (الأقرب، المباشر، في حياة الطفل وبالتالي فهي في الموقع الأمثل في التأثير عليه وعلى أسرته وعلى المجتمع كله (٦٣) (٦٥) (٧٢).

(1) School - based promotion of social competence.

(2) Microlevel.

يميز الباحثون (٧٧) بين البرامج المتركزة حول الفرد[1] والبرامج المتركزة حول البيئة الأيكولوجية عند تناولهم لسلوك العنف والعدوانية. حيث تؤكد البرامج المتمركزة حول الأيكولوجي (البيئة) ليس فقط على تعليم المهارات وهو ما يحدث في البرامج المتمركزة حول الفرد، بل على خلق فرص واقعية وحقيقية لاستخدام هذه المهارات وخلق بناء يدعمها (٧).

تبعًا للنموذج الأيكولوجي فهناك احتياج لتدخلات متعددة النظم لمنع نمو سلوكيات العنف والعدوان، لقد جمع اتحاد تنمية الكفائات الاجتماعية أساسها المدرسة (١٣) قائمة من العوامل المرتبطة بالبرامج النابعة من المدرسة لتنمية الكفاءة الاجتماعية التي ثبتت فاعليتها، وتتضمن عوامل خاصة بالمنهج والممارسات التعليمية، وعوامل خاصة ببناء المعايير وعوامل مجتمعية وعوامل خاصة بمناخ المدرسة.

إذا كانت البحوث تشير إلى ضرورة بدء التدخل مبكرًا، كما تشير إلى مستويات متعددة من التدخل، فأين يبدأ التدخل بما يساعد في معالجة هذه الوبائيات الاجتماعية؟ يرى بعض الباحثين (٥٧) أن الصمود متعدد الأوجه، ويرتبط بعوامل متعددة بالمجالات المختلفة التي تحيط بالفرد، وحيث إن المدرسة هي إحدى المؤسسات المرتبطة بالأطفال في سنوات نموهم، فمن المنطقي أن تكون أنسب الأماكن لبدء التدخل. ويمكن للمدارس أن تقود التغيير في المنظومة الأيكولوجية بدعم من المجتمع.

العنف فى المدارس:

على الرغم من حداثة دراسة تنمية الصمود في مواجهة المحن (٢١) فإن البحوث الحديثة قد ركزت على الخصائص الشخصية والنظم المساندة المباشرة كالأسرة مثلاً. فالأسرة هي مصدر الدعم الأساسي الأولى للطفل ، وإن كان يمكن الحصول على

(1) Person centered.

الدعم والمساندة من نظم أخرى أثناء فترات النمو الحرجة مثل دور العبادة، والجيران، والمجتمع، ولسوء الحظ لا توجد دراسات إمبريقية تتناول المتغيرات التي تنمي الصمود لدى الأطفال الذين يواجهون المحن، ويعتبر التعرض للعنف إحدى هذه المحن.

لقد أصبح العنف واحداً من أكثر مشكلات الصحة العامة أهمية (٤٦)، وقد وصل انتشار العنف في المدارس إلى درجة يمكن اعتبارها وبائية (٥٩) بما يتطلب أن ينمو لدى الأطفال مهارات لمواجهة هذا التحدي. تشير الدراسات المسحية على المستوى القومي إلى زيادة معدلات نسب العنف في المدارس (٥٨)، حيث إن ما كان يعتبر مشكلات في النظام في الأربعينيات من القرن الماضي مثل مضغ اللبان، أو الكلام دون إذن، أو إحداث ضوضاء، أو الجري في طرقات المبنى، أو عدم الانتظام في الصف أو عدم الالتزام بالزي المدرسي كلها تبدو الآن مشكلات مسالمة إذا ما قورنت بمشكلات النظام في المدرسة في أيامنا هذه (٥٤).

ماذا نعرف عن المؤشرات المنذرة بالسلوك العدواني؟ دفع الأطفال بعضهم لبعض في المدرسة الابتدائية ، السلوك المخالف والعناد (٦٨)، والاستجابات اللفظية المتمركزة حول الذات مثل مقاطعة الأطفال بعضهم بعضا (١٩) وإفشاء السر والاندفاع أثناء الكلام وقد اعتبرت من العلامات التي تهدد بالسلوك العدواني والاندفاعي، مثل هؤلاء الأطفال غالبًا ما يكونون مهملين من جانب أقرانهم أو ضحايا لمشاكسة غيرهم من الأطفال (١٠).

يتراوح عدد الأطفال في سن المدرسة الذين يظهرون مشكلات سلوكية عامة بين ٢٥- ٣٠٪ (١٧)، حوالي ٢٠٪ من الأطفال والمراهقين يمرون بمشكلات في الصحة النفسية في خلال العام، ويتلقى ٢٠-٢٥٪ منهم فقط العلاج المناسب (٧٥). وتشير الدراسات المجتمعية إلى أن ما يتراوح بين ٤-١٧٪ من الأطفال في المجتمع العام تنطبق عليهم محكات الاضطراب الانفعالي الخطير (١٤) وأن ١٠٪ منهم تنطبق عليه محكات الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث (٤)، هذه البحوث المسحية تشير إلى ارتفاع احتمال وقوع المشكلات السلوكية بين الأطفال في سن المدرسة مع ارتفاع

مستوى عدم الاستجابة لحاجتهم للرعاية. هناك أحداث دامية وقعت في المدارس ولكنها لم تلق التقدير المناسب من حيث التأكيد على الحاجة الشديدة لبرامج الوقاية من العنف في المدارس. هناك العديد من الكتب والمقالات العظيمة عن البرامج النابعة من المدارس والمصممة للوقاية من المشكلات الاجتماعية والوجدانية بين الأطفال والمراهقين (١١) (١٦) (٢٨) (٦١). هناك العديد من البرامج التي تهدف إلى الرفاه الاجتماعي والوجداني من أمثلتها عيادات الصحة النفسية المدرسية، وبرامج الوقاية من سوء استخدام العقاقير والكحوليات، والشراكة بين المجتمع والمدرسة، وخدمات مساندة الأسرة النابعة من المدرسة، وكثير من هذه البرامج تدعم الصمود ولكنها خارج إطار هذا الفصل.

على الرغم من أن المدارس الحكومية تصل إلى معظم الأطفال ، فإن الدور الذي تلعبه في قضية العنف غير واضح، فمع زيادة الضغوط الأكاديمية التي تفرض على المعلمين والتلاميذ ، أصبح دور المدرسة في تناول قضية العنف غير واضح. على الرغم من هذه الضغوط الأكاديمية، فإن بعض الدراسات تشير إلى أن الالتحاق ببرامج الوقاية من العنف ترفع معدل الدرجات على الاختبارات التحصيلية (٧٣) وتحد من المشكلات المختلفة التي تؤثر على النمو الأكاديمي بدءاً من الاستئذان لترك الفصل والذهاب للممرضة هرباً من الحصة (٢٨) (٣٧) (٤٧).

إذا كان العنف مشكلة خاصة بتلميذ ما لكان من اليسير استخدام أساليب تدخلية توجه لهذا الطفل، ولكن هذا المنظور الفردي لا يفسر تزايد معدلات الانحرافات السلوكية في المجتمع، وعلى العكس في حالة النظر إلى العنف من منظور أيكولوجي حيث يرى الفرد في إطار متعدد النظم (٦) ، وهنا يمكن للمدرسة والمجتمع القيام بدور فريد ومهم في الوقاية من العنف والتدخل لمنع نمو سلوكيات عدوانية وعنيفة. أكدت الدراسات الحديثة على أهمية تطبيق برامج ذات توجه أيكولوجي تدعم تنمية بدائل العنف لدى التلاميذ في بيئة المدرسة الكبيرة (٢٣) (٧٦).

أدى الاهتمام بالعنف لدى الشباب إلى تصميم وتطبيق العديد من البرامج الوقائية في المدارس في كل الولايات، معظم البرامج تركز على المراهقين، ولكن تتزايد أعداد البرامج التي توجه للأصغر سنًا، فالاعتقاد السائد أن التركيز على الأصغر سنًا له أهمية خاصة في الإطار الوقائي. فكثير من السلوكيات غير المرغوبة التي ترتبط بالعدوان فيما بعد وكذلك الاتجاهات المصاحبة لهذه السلوكيات تظهر قبل مرحلة المراهقة.

يظهر لدى الأطفال العدوانيين قصوراً في معرفة المهارات الاجتماعية للاستجابة الاندفاعية عند مواجهة مشكلات اجتماعية (١٩)، البرامج التدخلية لها فاعلية في زيادة معرفة المهارات الاجتماعية وتحسين السلوك الاجتماعي ومنع انهياره (٩) (٢٢) (٤٩)، البرامج التدخلية التي تركز على تدريس حل المشكلات بين الفرد والآخر لها فاعلية خاصة مع الأطفال خاصة من هم أقل من ثماني سنوات (٢٢)، على أساس المشاهدات و الأدلة التي تؤكد نجاح برامج التدخل النابعة من المدرسة، فإن الباحثين في (CASEL)[1] يدافعون ويدعون إلى تقديم برامج وقائية نابعة من المدرسة في كل الأعمار بدءًا من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى المرحلة الثانوية (٣٤).

ميكانيزمات البرامج الوقائية

هناك ميكانزمان أساسيان لمنع العنف في المدرسة: الأول تنمية الصمود من خلال تنمية عوامل الحماية ودعمها مثل تنمية السلوك الاجتماعي، والكفاءة الاجتماعية وغيرها من العوامل ذات الارتباط بالصمود، الثاني من خلال خفض عوامل الخطر، والحد من السلوك المرتبط بالعنف، وداخل كل منحى هناك مستوى داخلي ومستوى خارجي ، في المستوى الداخلي هناك البرامج المتمركزة حول التلميذ وفيها يكون التدخل فرديًا مثل تدريس التعبير عن الانفعالات، وحل الصراعات وإدارة الغضب، وفي المستوى

(1) Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning.

الخارجي تكون البرامج المتمركزة حول المدرسة أو البيئة والتي يكون فيها التدخل في تغيير اللوائح الخاصة بالسلوك المرفوض، وتطبيق برامج الوسيط بين الرفاق، أو برامج عن تنظيم المعلمين للفصل.

يشير التحليل الفوقي لبرامج التدخل الأولية (٢٢) إلى أن حجم التأثير في البرامج المتمركزة في المدرسة كان صغيراً وإن كان ذا دلالة، أما حجم التأثير في البرامج المتمركزة حول التلميذ فتراوح ما بين الصغير والكبير تبعًا لسن التلميذ والبرنامج المستخدم، كما وجد الباحثان أن البرامج التي استهدفت الأطفال الأصغر سنًا من ٢-٧ سنوات حققت أفضل النتائج وأفضل حجم تأثير سواء كان المنحى المستخدم تربية وجدانية أو حل مشكلات، أما البرامج التدخلية المتمركزة حول التلميذ والتي قدمت لأطفال فوق السابعة من العمر فكان حجم التأثير غيها صغيراً، وهذا ما حدث في البرامج المتمركزة حول المدرسة. أما البرامج التي ركزت على ضبط الذات أو الكفاءة الاجتماعية والتي استخدمت المنهج المعرفي السلوكي أو السلوكي فقد كان حجم التأثير فيها صغيراً ولكنه دال (٧٩).

كثير من برامج التدخل التي قدمت لكل تلاميذ المدرسة لمنع العنف كانت تهدف إلى التنمية العوامل الواقية وكذلك خفض عوامل الخطر، على الرغم من أن بعض هذه البرامج كان يقتصر على عوامل الخطر فقط أو عوامل الوقاية فقط. وكانت معظم البرامج موجهة للمستوى الداخلي وتستخدم منهج تدريس المهارات المعرفية أو الوجدانية للتلاميذ. من الأسهل أن تنمي الكفاءات الاجتماعية من أن تقلل السلوكيات ذات الارتباط بالعنف (٤١) (٦٧) (٧١)، وهذا يبدو منطقيًا ومعقولاً، فلابد من تعلم مهارة اجتماعية جديدة كي تستخدم بدلاً من السلوك العدواني المضاد للمجتمع المتسم بالعنف.

عرض للبرامج:

هناك العديد من البرامج التي طبقت في المدارس بهدف الحد من سلوكيات العنف، بعض هذه البرامج يعبر عن برامج وقائية ثانوية حيث يوجه فقط للأطفال ذوى

السلوك المشكل، وحيث إننا نركز على الوقاية والصمود فسوف نتناول بالوصف البرامج التي طبقت في المدرسة ككل، وسوف نعرض فيما يلي البرامج ذات الأصول البحثية القوية، ولكي نساعد العاملين في المجال فسوف نذكر الأدوات الخاصة بكل برنامج وكذلك التكلفة والتدريب المطلوب لتطبيقه، سوف يقدم العرض تبعًا للترتيب الأبجدي.

لعبة السلوك الجيد:[(١)]

يمثل هذا البرنامج منحى في إدارة السلوك داخل الفصل ويهدف لمكافئة الأطفال الذين يركزون على المهام التعليمية أثناء الشرح، يقسم الفصل إلى فريقين ويعطي كل سلوك غير مناسب يصدر عن أحد أعضاء الفريق درجة، ويحصل الفريق الذي حصل على أقل الدرجات جائزة للفريق في نهاية اليوم، وإذا التزم الفريقان بالقواعد وبالدرجة التي تم الاتفاق عليها، يحصل الفريقان مشاركة على الجائزة (٣)، أهم مكونات اللعبة عملية تقسيم الفصل إلى فريقين، وما يترتب على نجاح أحد الفريقين في الحصول على الجائزة (٣٦)، هناك عشرون صورة لهذا البرنامج لتناسب التنوع في المراحل، والتلاميذ والمواقف، وقد أشارت دراسات تتبعية لهذا البرنامج إلى أن له تأثيرا مستمرا وقويا على السلوك الاندفاعي الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين، وكذلك له تأثير على خفض التعاطي والتورط في السلوك المضاد للمجتمع (٢٤).

الأدوات:

هذا البرنامج غير مكلف ولا يستخدم أدوات، ويمكن للمعلمين استخدام هذا البرنامج في الفصل دون مساعدة، وهناك دليل للبرنامج في الموقع الآتي:[(٢)]

(1) Good Behavior Game (GBG).

(2) http://www.bpp.Jhu.edu/publish/manuals/gbg.pdf.

برنامج ألويس لمنع المشاكسة[١]

يعتبر برنامج ألويس لمنع المشاكسة برنامجًا نموذجيًا لمنع العنف (٥٣)، وقد نتج عن تطبيقه انخفاض سلوك المشاكسة وانحسار عدد ضحايا العنف بين الذكور والإناث، تبين من تقييم البرنامج في ٤٢ مدرسة لمدة سنتين انخفاض معدل العنف وضحايا العنف بما يتراوح بين ٥٠-٧٠٪ (٥٢)، كما أشارت بحوث أخرى أجريت لتقييم البرنامج إلى انخفاض في معدل السلوك المضاد للمجتمع كالتخريب والعراك والسرقة والغياب عن المدرسة، وتحسن في المناخ الاجتماعي في الفصل كما يعبر عنه تقارير الالتزام بالنظام والانضباط والعلاقات الإيجابية والاتجاهات الإيجابية نحو المدرسة والمهام المدرسية (٥٣). يستخدم هذا البرنامج مستويين في التدخل المستوى الفردي، والمستوى العام ويشمل كل المدرسة ويتضمن تغيرات بيئية في مناخ المدرسة وفي المكافآت والفرص المتاحة وفي اللوائح الخاصة لخرق القوانين المدرسية والمشاكسة.

الأدوات:

تتضمن تكلفة هذا البرنامج منسقًا للبرنامج، و٢٠٠ دولار للاستبيان وبرنامج الكمبيوتر الذي يقيس المشاكسة في المدرسة، ٦٥ دولار لكل مدرس تغطي سعر الأدوات اللازمة داخل الصف، ويتطلب استخدام الاختبار موافقة من لجنة منع المشاكسة[٢]، ويستغرق تدريب المعلم ما بين يوم إلى نصف يوم بالإضافة للقاء أسبوعي لمدة سنة، ويجب أن يكمل أعضاء اللجنة المشرفة تدريبًا إضافيًا يستغرق يوما ونصف اليوم على يد مدرب مؤهل. موقع البرنامج[٣].

---

(1) Olweus Bullying Prevention.

(2) Bullying prevention coordination committee.

(3) http://virtuall.clemson.edu/groups/ncrj/pdfs/bullying _fact_sheet2.pdf
http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/BPPmaterials.html

تنمية استراتيجيات التفكير في بدائل:[1]

يركز برنامج تنمية استراتيجيات التفكير في بدائل على تنمية الكفاءات الوجدانية والاجتماعية وتخفيض المشكلات العدوانية والسلوكية من خلال التدخل داخل الفصل وهو في المستوى الخاص بالتلميذ وليس المستوى العام، ويجمع بين التربية المعرفية السلوكية والتربية الوجدانية (٣٣)، ويعتبر نموذجًا بالنسبة لإدارة سوء استخدام المواد المخدرة وخدمات الصحة النفسية[2]، ويعتبر" أحسن ممارسة" بالنسبة لمراكز مقاومة الأمراض والوقاية[3] منها، كما يعتبر برنامجًا واعدًا لدى وزارة التربية الأمريكية ويدخل في التقرير العام عن عنف الأطفال، كما أنه ضمن مخطط خدمات منع العنف (٣٣)، وقد تبين من تقييم البرنامج أنه يؤثر إيجابيًا على مهارات التلاميذ في الفهم الوجداني وحل المشكلات بين الفرد والآخر. في مراجعة أخرى للبرنامج تبين أنه فعال على أساس نتائج تقييمه عند استخدامه مع برنامج آخر هو (الأسر والمدارس معًا)[4] وقد قرر بعض الباحثين (٤٩) أن الجمع بين البرامج له تأثير إيجابي على العدوان وسلوكيات النشاط المفرط المخرب بالنسبة للأطفال في المرحلة الابتدائية.

الأدوات:

تتكلف الأدوات اللازمة للسنوات من الحضانة إلى السنة السادسة ما بين ٦٠٠- ٧٠٠ دولار، وتتكلف الأدوات للتلميذ الواحد من ١٥ - ٤٥ دولار سنويًا، ويكون السعر الأقل في تكلفة التلميذ إذا قامت هيئة المدرسة بتقديم البرنامج بعد تلقيهم التدريب، أما

(1) Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS).

(2) Mental Health services Administration (SAMHSA).

(3) Centers for Disease control and prevention.

(4) Families and Schools Together (FAST).

التكلفة الأعلى فحين تستعين المدرسة بمنسق متخصص لتقديم البرنامج. ويمكن الحصول على البرنامج من الموقع الآتي:(١)

بناة السلام:(٢)

هذا البرنامج عام للمرحلة الابتدائية يطبق على كل المدرسة، وهو برنامج وقائي يسعى لتغيير مناخ المدرسة من خلال تدريس التلاميذ وهيئة التدريس قواعد وأنشطة بسيطة تهدف إلى تحسين الكفاءات الاجتماعية والحد من السلوك العدواني، تدخل أنشطة "برنامج بناة السلام" في بناء المناخ المدرسي والتفاعل اليومي بين التلاميذ والمعلمين والإدارة الذين يتم تدريسهم لغة مشتركة وتقدم لهم نماذج للسلوك الإيجابي، وتقدم لهم مكافآت عند تطبيقها (٢٥)، وفي دراسة أجريت على ثماني مدارس مع وجود مجموعة مدارس للمقارنة، وجد أن المدارس التي طبقت برنامج بناة السلام حققت نمواً في الكفاءات الاجتماعية كما ورد في تقارير المعلمين وذلك بالنسبة لأطفال الحضانة وحتى الصف الثاني، وفي التقارير الذاتية لسلوكيات بناة السلام من الحضانة وحتى الصف الخامس، كما حدث انخفاض في معدل السلوك العدواني في الصفوف من الثالث إلى الخامس (٢٩).

الأدوات:

تتكلف أدوات التلميذ في المرحلة الابتدائية ٨ دولارات وتتضمن المواد الخاصة بالتلميذ والمعلم، وهناك ١٥٠٠ دولار تكلفة للتدريب تختلف باختلاف نوع التدريب وتتضمن تدريب المدرب وتدريب ٤ أعضاء من هيئة التدريس، ويمكن إعداد مواد بمواصفات خاصة تبعاً لحاجة المدرسة أو المنطقة التعليمية(٣).

(1) http://www.channingbete.com/positiveyouth/pages/paths/paths.hotmail.

(2) peace Builders.

(3) www.PeaceBuilders.com.

مشروع صناع السلام:[١]

يوجه هذا البرنامج للتلاميذ من الصف الرابع إلى الثامن، وله مكون أولي (يطبق على كل التلاميذ) ومكون ثانوي (يطبق على ذوى المشكلات) ويقوم المعلمون بتقديم المكون الأولى في الفصل المدرسي وهو مقرر وإجراءات في التربية النفسية لتضفير البرنامج في محتويات المقرر في بيئة المدرسة، أما المكون الوقائي الثانوي فيوجه لمن لديهم مشكلات من التلاميذ ويقوم بتقديمه المرشد النفسي، وقد أجريت دراسة كبيرة على مدارس تطبق البرنامج مع وجود مدارس لمقارنة النتائج في أحد الأحياء الفقيرة، وتبين وجود آثار إيجابية للبرنامج على ستة متغيرات من المتغيرات السبعة التي تناولتها المقارنة (٦٤)، وتتضمن هذه الآثار الإيجابية زيادة المعرفة بالمهارات النفسية الاجتماعية، انخفاض في السلوك العدواني كما يظهر في التقرير الذاتي للتلاميذ، والسلوك العدواني كما يرد في تقارير المعلمين وبمقارنة هذه النتائج بمدارس المجموعة الضابطة كان معدل تراجع السلوك العدواني المرتبط بالانضباط ٤١٪، وكان انخفاض معدل فصل التلاميذ عقاباً على العنف ٦٧٪ (٦٤).

الأدوات:

يتكلف التلميذ ١١ دولارا، وسعر دليل المدرب ١٦٩ دولارا وسعر كراسة تعليمات[٢] التلميذ ٩ دولارات ولا يحتاج البرنامج تدريباً خاصاً من المرشدين النفسيين المتخصصين، وذلك في المكون الثانوي، ويحتاج لست ساعات تدريب للمدرسين وذلك في المكون الأولى.

---

(1) Peace makers Project.

(2) Applewood centers at http://apple woodcenters.org/Frames/Peacemakers.htm.

برنامج حل الصراع بطرائق إبداعية:[1]

يتضمن البرنامج مقرراً في الصف ١٢ وبرنامجا يقوم فيه التلميذ بدور الوسيط. هذا البرنامج له مكونان أحدهما على مستوى التلميذ والآخر البيئة. ويركز البرنامج على تدريس حل الصراع والعلاقات داخل الجماعة من خلال منحى بنائي في حل المشكلات وتحليل المكسب والخسارة في الصراع، واتخاذ القرار والتفاوض (١٨).

كما يتضمن مكونا تدريبيا للمعلمين والإدارة والآباء (٤٨)، وقد وجد في تقييم للبرنامج في إحدى عشرة مدرسة ابتدائية نمواً في الكفاءات وتراجعاً في العدوانية عند مقارنة التلاميذ الذين تلقوا البرنامج بمجموعة ضابطة (١).

الأدوات:

التدريب على برنامج حل الصراع بطرائق إبداعية (الحل الإبداعي للصراع) تدريب فردى يتكلف ١٢٠٠ دولار للمدرب، ويستغرق التدريب ما بين ٣-٥ أيام ويمكن للمدرب أن يدرب مجموعة من ٣٠ فرداً، معظم الأدوات ضمن التدريب ما عدا كتب برنامج المعلم وثمن كل منها ٣٠ دولار، ودليل المدرب ويفضل أن يكون مع كل معلم وثمنه ١٢ دولارا. هذه الأدوات غير متاحة إلا لمن تلقى التدريب، وكذلك فهناك برنامج لتدريب المدربين[2]

الاستجابة بأسلوب هادئ وإيجابى:[3]

برنامج وقائي عام موجه للصف السادس لمنع العنف ويجمع بين النموذج الاجتماعي المعرفي وحل المشكلات حيث تدرس مهارات خاصة بالوقاية من العنف

(1) Resolving conflict creativly program (RCCP).

(2) www.esmational.org.

(3) Responding in Peaceful and positive ways (RIPP).

طوال العام الدراسي في الصف على مستوى المدرسة، كما يستخدم البرنامج قيام التلاميذ بدور الوسيط في كل المدرسة، وينطلق البرنامج من النظرية الاجتماعية المعرفية، ويستهدف العوامل الخاصة بالعزو الخاص بالعلاقات بين الفرد والآخر والسلوكية والبيئية ويتبع نموذج (٥٥) تحسين الصحة للحد من عوامل الخطر المرتبطة بالعنف من خلال تنمية بدائل لا تتسم بالعنف. في دراسة لتقييم البرنامج في عدد من الفصول التي تم اختيارها عشوائيًا، وجد أن من طبق عليهم البرنامج كانت مخالفاتهم للنظام أقل، ومعاقبتهم لخرق النظام أقل ولعب دور الوسيط بين الأقران أكبر، وإصاباتهم نتيجة الاشتراك في عراك أقل مقارنة بمجموعة ضابطة، وفي دراسة تتبعية بعد ١٢ شهرا حافظ الذكور - وليس الإناث - على المعدل المنخفض لتلقي العقاب، وكان تأثير البرنامج أكبر على سلوك العنف لدى التلاميذ ذوى المستويات الأعلى على السلوك المشكل في القياس القبلي (قبل بدء البرنامج)(٢٧) وعند تطبيق البرنامج على الصف السابع وجد أن التلاميذ الذين شاركوا في البرنامج في الصف السابع كان معدل تجاوز القواعد لديهم أقل في السنة التالية ، وقد قام مصممو البرنامج بتقديمه للصف الثامن ولكن لا توجد بيانات متاحة عنها.

الأدوات:

يتطلب استخدام هذا البرنامج تدريبا من ميسر متخصص في منع العنف لكل المدرسة. وهذا الميسر مسئول عن تدريس المنهج وتنسيق برنامج قيام التلاميذ بدور الوسيط بين الزملاء. ويتطلب تطبيق البرنامج تدريبًا لمدة ثماني أيام ويتكلف ٦٠٠ دولار، كما يتطلب دليلاً ثمنه ٤٥ دولارا[1] .

(1) http://www.has.vcu.edu/RIPP/

خطوة ثانية:[1]

بنى برنامج خطوة ثانية على أساس أعمال شور وسبيفاك (٦٦) ويسعى لتحسين الكفاءات الاجتماعية لدى الأطفال من خلال تنمية مهارات الأطفال في اتخاذ منظور، وحل المشكلات الاجتماعية، وضبط الانفعال، وإدارة الغضب، وهو برنامج على مستوى المدرسة من الحضانة وحتى الصف الثامن، وقد أجريت عليه عدة دراسات ذات ضبط تجريبي لاختبار فاعلية البرنامج في المرحلة الابتدائية، وقد اختير برنامج "خطوة ثانية" باعتباره برنامجًا نموذجيًا من الإدارة الأمريكية لخدمات سوء استخدام العقاقير والصحة العقلية ضمن السجل القومي للبرامج الوقائية الفعالة[2]، وقد أشارت الدراسات المبدئية في المناطق الشعبية إلى أن اتخاذ منظور أو رؤية وحل المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال الذين شاركوا في برنامج "خطوة ثانية" تحسنت بدرجة دالة مقارنة بالمجموعة الضابطة (٧٠)، هذه الدراسات لا تقيس التغير في سلوك الأطفال بعد التدخل، وفي دراسة أخرى أجريت في ستة مدارس لاختبار فاعلية برنامج "خطوة ثانية"، وجد الباحثون نقصًا محدودًا في معدل السلوك العدواني وزيادة في السلوك المحايد أو الاجتماعي الإيجابي وخاصة في الملعب والكافيتريا لدى الصف الثاني والثالث (٣٥)، وقد تبين من دراسة أخرى أجريت على مدارس ريفية شملت الصفوف من الثالث إلى السادس وجود تحسن ذى دلالة في السلوك بين الأقران وذلك باستخدام منهج الملاحظين المستقلين (يقوم بالملاحظة شخصان مستقلان وتحسب نسبة الاتفاق بينهما) وكذلك في تقدير المعلمين للكفاءات الاجتماعية والسلوك المعادي للمجتمع، وذلك عند المقارنة بين تلاميذ تلقوا البرنامج التدخلي ومجموعة ضابطة (٧١). وقد تمت مناقشة برنامج "خطوة ثانية " باعتباره برنامجا وقائيا لمنع العنف على المستوى العام في المدرسة واعتباره برنامجا واعدا (٤٩).

---

(1) Second step.

(2) National Registry of Effective Prevention programs.

الأدوات:

يمكن الحصول على أدوات البرنامج من لجنة الأطفال[1] مقابل ١٤٠ دولارا للصف الدراسي (ويقل السعر في حالة شراء أدوات لأكثر من صف) ويمكن استخدام الحقيبة التدريبية الواحدة لصفين دراسيين، ويتطلب تطبيق البرنامج تدريبا لمدة ثلاثة أيام مقابل ٤٩٩ دولارًا. وهو متاح في العديد من الولايات ويمكن لأعضاء الهيئة التدريسية الذين تلقوا برنامج تدريب المدرب أن يقوموا بتدريب زملائهم.

خاتمة:

يوجد العديد من البرامج الجيدة التي تطبق بصورة عامة في المدارس لتساعد الأطفال على تنمية الكفاءات الاجتماعية والوجدانية، إن أحد العوامل التي ترتبط بالنتائج الإيجابية للبرامج التي تم عرضها هو تدريس لغة ومهارات مشتركة من أجل علاقات تفاعل إيجابية وصحية داخل المجتمع المدرسي، حيث تسمح اللغة المشتركة لكل الأطراف من التلاميذ والمعلمين والإدارة أن يكون التواصل بينهم إيجابيًا وفعالاً، وأن ينمي التفاعل الاجتماعي ويحد من الصراع بين الأفراد وينمي الصمود.

ويتضح من الأمثلة التي تم عرضها أن المدارس أمامها اختيارات عدة بين البرامج التي يمكن استخدامها بسهولة إذا ما التزمت المدرسة بالتدريب عليها وتطبيقها، كثير من هذه البرامج يوفر الوقت والتكلفة على المدى البعيد خاصة إذا أدت البرامج إلى توفير في وقت المعلم والإدارة الذي يصرفه في الاستجابة لسلوك التلاميذ، كما تزيد من

(1) Committee for children.

وقت التدريس داخل الصف، وكذلك زيادة الوقت الذي يقضيه التلاميذ داخل الصف بدلاً من ساعات العقاب أمام مكتب المدير.

من المهم أن نعرف أن البرامج الوقائية الأولية تكون أكثر فاعلية إذا ما وجهت للأطفال الأصغر (٢٢)، فالأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وحتى السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية أكثر استفادة من البرامج التي ترفع وعيهم وقدرتهم على التعبير عن مشاعرهم، وكذلك البرامج التي تنمي المهارات المعرفية في حل المشكلات الاجتماعية. وعلى الرغم من عدم وجود بيانات كافية مستمدة من دراسات طولية، فإننا نتطلع إلى أن تساعد البرامج التدخلية في السنوات الأولى في بناء حصيلة من التفاعلات الصحية بين أعضاء المجتمع المدرسي تصبح أساساً قوياً للسنوات القادمة.

على الرغم من الحاجة لمزيد من الدراسة في هذا المجال بصفة عامة، فإن هناك حاجة بصفة خاصة لمزيد من الدراسة للبرامج الوقائية التي تقدم للأطفال من خلفيات اجتماعية وعرقية مختلفة. لقد قام أحد كاتبي هذا الفصل باستخدام برنامج "خطوة ثانية" في فصل بالمرحلة الابتدائية (١٢)، حيث كان نصف الأطفال من أصول أسيوية وكان المعيار الثقافي مقيداً لتعبير الأطفال عن انفعالاتهم (٦٩)، وانعكس ذلك في أنشطة لعب الأدوار والنمذجة وهي أنشطة أساسية في البرنامج ، وقد كشفت هذه الخبرات عن الحاجة إلى تحديد السياق والمتغيرات الأيكولوجية التي تكون فيها الاستراتيجيات التدخلية والوقائية ذات فاعلية.

كما نتطلع لدراسات طولية تمتد على مدى زمني طويل لتساعد في توضيح الآثار الباقية للبرامج الوقائية الأولية العامة التي تقدم للأطفال في سن المدرسة، ولكي يتم إجراء هذه الدراسات بصورة مناسبة على الهيئات الفدرالية وعلى الولايات المختلفة أن تدعم تقييم هذه البرامج وتلتزم باختبار مصداقية النتائج على المدى البعيد وليس المدى القريب. ويتطلب هذا الدعم التعاون بين المجال التربوي والصحة العقلية والصحة العامة كي يتم تناول جوانب النمو المتعددة، ومن المأمول أن تضم هذه الدراسات القضايا التالية ولا تقتصر عليها: هل المشاركة في المراحل المبكرة يؤثر على خرق النظام في

المرحلة التالية؟ هل المشاركة في هذه البرامج يحد من التورط في جناح الأحداث أو المرض العقلي؟ هل تقديم هذه البرامج للأطفال الأصغر (مرحلة ما قبل المدرسة) له آثار مختلفة؟ هل تسهم المتغيرات الخاصة بالمعلم في تطبيق هذه البرامج؟ نحن على ثقة من أن الزملاء يعملون وسوف يعملون للبحث في هذه التساؤلات وغيرها مما يرتبط بآثار البرامج الوقائية العامة لمنع العنف في المدارس.

شكر وتقدير

يشكر الكاتبان كرستينا برولت على مساعدتها في البحث وفي تحرير هذه المقالة.

REFERENCES

1- Aber, L. J., Jones, S. M., Brown, J. L., Chaudry, N., & Samples, F. (1998). Resolving conflict creatively: Evaluating the developmental effects of a school-based violence prevention program in neighborhood and classroom context. *Development and Psychopathology, 10*(2), 187–213.

2- Angold, A., Costello, E. J., Farmer, E. M. Z., Bums, B. J., & Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(2), 129–137.

3- Barrish, H. H., Saunders, M., & Wold, M. M. (1969). Good behavior game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis, 2*, 119–124.

4- Beland, K. (1992). *Second Step: A violence prevention curriculum for grades 1–5*, Revised. Seattle, WA: Committee for Children.

5- Bosworth, K., Espelage, D., DuBay, T., Dahlberg, L. L., & Daytner, G. (1996). Using multimedia to teach conflict-resolution skills to young adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 12*(5, Suppl.), 65–74.

6- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*, 513–531.

7- Bronfenbrenner, U. (1995). The bioecological model from a life course perspective: Reflections of a participant observer. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 599–618). Washington, DC: American Psychological Association.

8- Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children*. New York: Guilford.

9- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention and Treatment, 5*, Retrieved from http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050015a.html. January 8, 2003.

10- Coie, J. D., Dodge, K. A., & Kupersmidt, J. (1990). Peer group behavior and social status. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood. Cambridge studies in social and emotional development* (pp. 17–59). New York: Cambridge University Press.

11- Comer, J. P. (1980). *School power: Implications of an intervention project. Understanding and Preventing Violence*, Vol. 1. New York: Free Press.

12- Committee for Children. (1992). *Second step: A violence prevention curriculum*. Seattle, WA: Author.

13- Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence. (1996). The school-based promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents* (pp. 268–316). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

14- Costello, E. J., Messer, S. C., Bird, H. R., Cohen, P., & Reinherz, H. (1998). The prevalence of serious emotional disturbance: A re-analysis of community studies. *Journal of Child and Family Studies, 7*(4), 411–432.

15- Cowen, E. L. (1994). The enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology, 22*, 149–179.

16- Cowen, E. L., Hightower, A. D., Pedro-Carroll, J. L., Work, W. C., Wyman, P. A., & Haffey, W. G. (1996). *School-based prevention for children at risk: The primary mental health project*. Washington, DC: American Psychological Association.

17- Cowen, E., Trost, L., Lorion, R., Door, E., Izzo, B. L., & Isaacson, J. (1975). Evaluation of a preventively oriented school based mental health program. *Psychology in the Schools, 12*(2), 161–166.

18- DeJong, W. (1994). *Building the peace: The resolving conflict creatively program*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.

19- Dodge, K. A., Pettit, G. S., McClaskey, C. L., & Brown, M. M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 51* (Serial No. 213).

20- Doll, B. (1999, August). *Making schools resilient: A case for social environments as therapy*. A Division 16 Presidential Address delivered at the annual convention of the American Psychological Association, Boston.

21- Doll, B., & Lyon, M. (1998). Risk and resilience: Implications for the practice of school psychology. *School Psychology Review, 27*, 348–363.

22- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25*(2), 115–152.

23- Dusenbury, L., Falco, M., Lake, A., Brannigan, R., & Bosworth, K. (1997). Nine critical elements of promising violence prevention programs. *Journal of School Health, 67*, 409–414.

24- Embry, D. (2002). The Good Behavior Game: A best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(4), 273–297.

25- Embry, D., Flannery, D. J., Vazsonyi, A. T., Powell, K. E., & Atha, H. (1996). PeaceBuilders: A theoretically driven, school-based model for early violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine, 12*(5, Suppl.), 91–100.

26- Farrell, A. D., Meyer, A. L., Sullivan, T. N., & Kung, E. M. (2003). Evaluation of the responding in peaceful and positive ways (RIPP) seventh grade violence prevention curriculum. *Journal of Child and Family Studies, 12*(1), 101–120.

27- Farrell, A. D., Meyer, A. L., & White, K. (2001). Evaluation of Responding in Peaceful and Positive Ways (RIPP): A school-based prevention program for reducing violence among urban adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(4), 451–463.

28- Farrington, D. P. (2002). The effectiveness of school-based violence prevention programs. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 156*, 748–749.

29- Flannery, D. J., Vazsonyi, A. T., Liau, A. K., Guo, S., Powell, K. E., Atha, H. et al. (2003). Initial behavior outcomes for the PeaceBuilders universal school-based violence prevention program. *Developmental Psychology, 39*(2), 292–308.

30- Flannery, D. J., & Williams, L. (1999). Effective youth violence prevention. In T. P. Gullotta & S. J. McElhaney (Eds.), *Violence in homes and communities: Prevention, intervention, and treatment* (pp. 207–244). Thousand Oaks, CA: Sage.

31- Goldston, S. E. (1985). Primary prevention: Historical perspectives and a blueprint for action. *American Psychologist, 41*, 453–460.

32- Greenberg, M. T., & Kusché, C. A. (1996). *The PATHS Project: A preventive intervention for children*. Final report to the National Institute for Health, Washington, DC: National Institute of Health.

33- Greenberg, M. T., Kusché, C., & Mihalic, S. F. (1998). *Blueprints for violence prevention, Book Ten: Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.

34- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H. et al. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning. *American Psychologist, 58*, 466–474.

35- Grossman, D. C., Neckerman, H. J., Koepsell, T. D., Liu, P. Y., Asher, K. N., Beland, K. et al. (1997). Effectiveness of a violence prevention program among children in elementary school: A randomized controlled trial. *JAMA, 277*(20), 1605–1611.

36- Harris, V. W., & Sherman, J. A. (1973). Use and analysis of the "good behavior game" to reduce disruptive classroom behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 6*(3), 405–417.

37- Hausman, A., Pierce, G., & Briggs, L. (1996). Evaluation of comprehensive violence prevention education: Effects on student behavior. *Journal of Adolescent Health, 19*, 104–110.

38- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems. *Psychological Bulletin, 112*(1), 64–105.

39- Henderson, N., & Milstein, M. M. (1996). *Resiliency in school: Making it happen for students and educators*. Thousand Oaks, CA: Corwin.

40- Hoagwood, K., & Erwin, H. D. (1997). Effectiveness of school-based mental health services for children: A 10-year research review. *Journal of Child and Family Studies, 6*(4), 435–451.

41- Hudley, C., & Graham, S. (1993). An attributional intervention to reduce peer-directed aggression among African-American boys. *Child Development, 64*, 124–138.
42- Huizinga, D., Loeber, R., & Thornberry, T. P. (1995). *Urban delinquency and substance abuse*. Research Summary. Rockville, MD: Juvenile Justice Clearinghouse.
43- Johnson, D., & Johnson, T. (1995). Why violence prevention programs don't work—and what does. *Educational Leadership, 52*(5), 63–68.
44- Johnson, J. P., Schwartz, R. A., Livingston, M., & Slate, J. R. (2000). What makes a good elementary school? A critical examination. *Journal of Educational Research, 93*, 339–348.
45- Kolbe, L. J., Collins, J., & Cortese, P. (1997). Building the capacity of schools to improve the health of the nation: A call for assistance from psychologists. *American Psychologist, 52*, 256–265.
46- Koop, C. E., & Lundberg, G. D. (1992). Violence in America: A public health emergency. *Journal of the American Medical Association, 267*, 3075–3076.
47- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Brener, N. D., Ryan, G. W., & Powell, K. E. (1997). The impact of an elementary school-based violence prevention program on visits to the school nurse. *American Journal of Preventive Medicine, 13*, 459–463.
48- Lantieri, L., DeJong, W., & Dutrey, J. (1996). Waging peace in our schools: The Resolving Conflict Creatively Program. In A. M. Hoffman (Ed.), *Schools, violence, and society* (pp. 241–251). Westport, CT: Praeger.
49- Leff, S. S., Power, T. J., Manz, P. H., Costigan, T. E., & Nabors, L. A. (2001). School-based aggression prevention programs for young children: Current status and implications for violence prevention. *School Psychology Review, 30*(3), 344–362.
50- Massachusetts Board of Education. (2000). *Board of Education: The 1999 annual report*. Malden, MA: Commonwealth of Massachusetts Department of Education.
51- Masten, A. S., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contribution from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425–444.
52- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Knowledge base and an effective intervention program. *Irish Journal of Psychology, 18*(2), 170–190.
53- Olweus, D., Limber, S., & Mihalic, S. F. (1999). *Blueprints for violence prevention, Book Nine: Bullying Prevention Program*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.
54- Osofsky, H. J., & Osofsky, J. D. (2001). Violent and aggressive behaviors in youth: A mental health and prevention perspective. *Psychiatry, 64*, 285–295.
55- Perry, C. L., & Jessor, R. (1985). The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse. *Health Education Quarterly, 12*(2), 169–184.
56- Petersen, G. J., Pietrzak, D., & Speaker, K. M. (1998). The enemy within: A national study on school violence and prevention. *Urban Education, 33*, 331–359.
57- Pianta, R. C., & Walsh, D. J. (1998). Applying the construct of resilience in schools: Cautions from a developmental systems perspective. *School Psychology Review, 27*, 407–417.
58- Pietrzak, D., Petersen, G., & Speaker, K. M. (1998). Perceptions of school violence by elementary and middle school personnel. *Professional School Counseling, 1*(4), 23–29.
59- Price, J. H., & Everett, S. A. (1997). Teachers' perceptions of violence in the public schools: The MetLife survey. *American Journal of Health Behavior, 21*, 178–186.
60- Reiss, D., & Price, R. H. (1996). National research agenda for prevention research: The National Institute of Mental Health Report. *American Psychologist, 51*, 1109–1115.
61- Reiss, A. J., & Roth, J. A. (Eds.). (1993). *Understanding and preventing violence Vol. 1*. Washington, DC: National Academy of Science.
62- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598–611.

63- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P., Ousten, J., & Smith, A. (1979). *Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

64- Shapiro, J. P., Burgoon, J., D., Welker, C. J., & Clough, J. B. (2002). Evaluation of the Peacemakers program: School-based violence prevention for students in grades four though eight. *Psychology in the Schools, 39*(1), 87–100.

65- Short, R. J., & Talley, R. C. (1997). Rethinking psychology and the schools: Implications of recent national policy. *American Psychologist, 52*, 234–240.

66- Shure, M. B., & Spivack, G. (1978). *Problem-solving techniques in child rearing*. San Francisco: Jossey-Bass.

67- Slaby, R. G., & Guerra, N. G. (1998). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 1. Assessment. *Developmental Psychology, 24*, 580–588.

68- Spivack, G., & Cianci, N. (1987). High-risk early behavior pattern and later delinquency. In J. D. Burchard & S. N. Burchard (Eds.), *Prevention of delinquent behavior. Vermont conference on the primary prevention of psychopathology, Vol. 10* (pp. 44–74). Beverly Hills, CA: Sage.

69- Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley.

70- Sylvester L., & Frey, K. (1997). *Summary of "Second Step" program evaluations (all grade levels)*. Seattle, WA: Committee for Children.

71- Taub, J. (2002). Evaluation of the "Second Step" violence prevention program in a rural elementary school. *School Psychology Review, 31*(2), 186–200.

72- Teddlie, C., & Stringfield, S. (1993). *Schools make a difference*. New York: Teachers College Press.

73- Twemlow, S. W., Fonagy, P., Sacco, F. C., Gies, M. L., Evans, R., & Ewbank, R. (2001). Creating a peaceful school learning environment: A controlled study of an elementary school intervention to reduce violence. *American Journal of Psychiatry, 158*, 808–810.

74- U.S. Department of Education. (2001). *Twenty-third annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.

75- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institutes of Mental Health.

76- Weissberg, R. P., Caplan, M., & Harwood, R. L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments: A systems-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 830–841.

77- Weissberg, R. P., Caplan, M. Z., & Sivo, P. J. (1989). A new conceptual framework for establishing school-based social competence promotion programs. In L. A. Bond & B. E. Compas (Eds.), *Primary prevention and promotion in the schools. Primary prevention of psychopathology, Vol. 12* (pp. 255–296). Beverly Hills, CA: Sage.

78- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, 72–81.

79- Wilson, D. B., Gottfredson, D. C., & Najaka, S. S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology, 17*(3), 247–272.

الفصل الثاني والعشرون

تنمية عمليات الصمود من خلال التفكير الفعال

ميرنا ب. شور وبوبي أبيرسون

لاشك أن المعالجين والآباء والمعلمين وغيرهم من العاملين على رعاية النشء لهم وضع فريد يسمح لهم بالتأثير في التوافق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال، ولكن هل يا ترى لدينا رؤية ثاقبة لهذه العملية؟ نحن نعلم أن بعض الأسر مثلاً يمكنها أن تتوافق بصورة جيدة لظروف تبدو مشابهة تماماً لظروف لم تستطع أسر أخرى التوافق معها. حتى بين أشد الأسر فقراً والذين يقعون تحت ضغوط يصعب تحملها في حياتهم اليومية، فالبعض يستطيع مواجهة هذه الضغوط بصورة أفضل من البعض الآخر، بل ويستطيع أن يصلوا بأبنائهم إلى نماذج صحية ذات أداء إنساني رفيع.

سوف يتناول هذا الفصل وصف منحى معرفي تفاعلي لحل المشكلات وضعه جورج سبيفاك مع ثور. وهو منحى يقدم حماية ضد الضغوط، حماية تقدم وسيطاً للصمود يساعد الأفراد على مواجهة الضغوط غير المحتملة والإحباطات وحتى الفشل في الحياة. أولاً سوف يناقش هذا الفصل الأطفال المتوافقين اجتماعياً وذوى الكفاءة في علاقاتهم بالغير ومن يمارسون درجات مختلفة من السلوك الخطر كالاندفاعية في فصول عادية، وسوف تقدم أمثلة عن كيف ساعد منحى حل المشكلات كلاً من الأطفال المتوافقين والمعرضين للخطر على تنمية الصمود في المواقف العادية في الحياة اليومية،

وسوف نقدم أمثلة عن كيف يمكن للمعالجين أن ينقلوا التجارب العملية ذات الضبط التجريبي التي قام بها الكاتب الأول إلى ممارستهم اليومية من خلال تقارير يقدمها الكاتب الثاني عن الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطرابات نيورولوجية وعيادية.

الاعتقاد التقليدي لدى الكلينيكيين والمعلمين أن الأطفال إذا تخففوا من التوتر الانفعالي سوف يكون من السهل عليهم أن يستقيم تفكيرهم. ويمكن أن نرى أن الطفل إذا استقام تفكيره فسوف يكون من السهل عليه أن يتخفف من التوتر الانفعالي، ولنأخذ حالة زخاري وهو طفل في الرابعة من عمره يريد العربة التي يلعب بها ريتشارد، حين رفض ريتشارد طلبه، لم يثير مشكلة جديدة ولم يصبه الاضطراب في مواجهة الموقف، ولكن قدرته على التفكير في بدائل أخرى خلقت له فرصة للمرونة، وبالتالي وصل لتكنيك آخر في طلبه، فقال: إذا أعطيتني العربة فسوف أعيدها لك فوراً. ولكن ريتشارد لم يرد، فسأله زخاري لماذا لا أستطيع أن آخذها؟ فأجاب ريشارد لأنني بحاجة إليها، لأني أنقل عليها الصخور، تريث زخاري ثم قال له إذن فسوف أنقل معك الصخور، هنا وافق ريتشارد ولعب الطفلان معاً بالعربة.

قد لا يوافق معلم الطفلين على أسلوب حل المشكلة، فقد يعتقد أن ريتشارد كان عليه أن يوافق على طلب زخاري ويعطيه العربة حين طلبها لأنه أخذ دوره فعلاً، ولكن زخاري كان سعيداً باللعب مع ريتشارد بالعربة. فبدلاً من أن ينتهي الموقف بالإحباط وعدم الرضا فقد انتهى بالرضا لكليهما، زخاري فكر في رغبته في الحصول على العربة وحين واجهه ريتشارد بالرفض فكر في طرائق بديلة لحل المشكلة (طلبها ثم وعد بإعادتها، ثم اقترح أن يلعبا معًا) لقد كان قادراً على فهم مشاعر الطفل الثاني وتوظيف هذا الفهم في حل انتهى بنجاح مثل غيره ممن يجيدون حل المشكلات، قد يكون زخاري فكر في ضرب ريتشارد أو خطف العربة، ولكنه كان قادراً على أن يتوقع نتائج هذه التصرفات، الأهم هو أن قدرته على التفكير في بدائل أخرى حالت دون شعوره بالفشل والإحباط. إنه يستطيع أن يقاوم الانهزام، وألا يسلم بسرعة. ولنأخذ مثال سارة، فقد طلبت من أختها أن تدعها تلعب بعروستها، ولكنها رفضت طلبها كما

حدث لزخاري. هل استطاعت التفكير في طرائق أخرى لتجعل أختها تسمح لها باللعب بالعروسة؟ إذا لم تستطع، فسوف تشعر بالإحباط وتنسحب، وقد تضرب سارة أختها ليس استجابة اندفاعية للإحباط، وإنما بعد أن قررت أن الضرب إحدى الطرائق للحصول على العروسة، إذا حدث هذا فيكون السؤال الجديد ما إذا كانت فكرت في النتائج المحتملة لضرب أختها، وهل أثر هذا التفكير في قرارها بضرب أختها، قد تتوقع أن أختها سوف تضربها بدورها ولكنها سوف تضربها على الرغم من ذلك، قد لا تستطيع التفكير في أي شيء آخر. حين قالت لها أختها تستطيعين اللعب بعد أن أنتهي أنا، فكرت سارة في عمل شيء مختلف أثناء انتظارها، هناك استراتيجية مواجهة مهمة، استطاعت سارة الانتظار بصبر دون أن تفقد تماسكها أو تضرب أختها أو تستسلم.

ماذا لدى زخاري وسارة وليس لدى من لا ينجحون في التفاوض حول ما يريدونه ولا يحصلون عليه؟ هذان الطفلان لديهما القدرة على التفكير في أكثر من طريقة لحل مشكلة بينهما وبين غيرهما ، يستطيعان أن يجمعا حاجاتهما مع حاجات الطفل الآخر، ويضعا في اعتبارهما ماذا يمكن أن يحدث أو يترتب على حل معين.

حل المشكلات والصمود:

وجد في دراسة (٩) ما أن الأطفال في سن الخامسة الذين يستطيعون التفكير في بدائل لحل مشكلاتهم مع الغير يظهرون "أنًا" تتسم بالصمود[1] أكبر. وهذا يعني أن الصمود هو القدرة على الاستجابة بمرونة ومثابرة وتجديد وخاصة في المواقف المشكلة، الأطفال قد يكون لديهم مستوى معين ومفضل أو عتبة للتحكم في ذاتهم، يشير صمود الأنا إلى القدرة على توظيف هذا المستوى المفضل من التحكم بطرائق مناسبة في المواقف، أما الشخص ذو الأنا الهشة[2] من ناحية أخرى فيظهر عدم المرونة والعجز

(1) Ego resiliency - ego-resilient.

(2) Ego-brittle.

عن الاستجابة للمطالب المتغيرة في موقف ما، والاتجاه نحو عدم التماسك في مواجهة المواقف غير المألوفة أو الضاغطة. هذا الشخص سيكون اندفاعيًا (أو مقيدا في سلوكه) حتى في المواقف التي يكون فيها هذا السلوك غير مناسب. قد يكون امتلاك أكثر من طريق لحل المشكلات التي تضم أشخاصًا آخرين بما يسمح بالمرونة والتجديد التي تخلق الأفراد ذوى صمود الأنا، إلى جانب المرونة والقدرة على استعادة القوة في مواجهة الفشل. لاحظ (١٥) أن الأطفال الذين يتسمون بالصمود تعلموا أن يضعوا لأنفسهم أهدافًا وتوقعات واقعية، ونموا في أنفسهم القدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات وبالتالي يرون الأخطاء، والصعاب، والمعوقات تحديات عليهم أن يواجهوها وليست ضغوطا يتجنبونها. لقد نموا في أنفسهم مهارات فعالة للتعامل مع الأقران والكبار.

الأطفال الذين يجيدون حل المشكلات لديهم مهارات تفاعل فعالة مع الغير، فلديهم أصدقاء أكثر، وهم أقل إحساسًا بالإحباط عندما لا تسير الأمور كما يحبون، وكما لاحظ بروكس وجولدشتين (١٥) بأن الآباء يستطيعون المساعدة بأن يكونوا متفهمين، يتواصلون بكفاءة، ويعلمون الأطفال كيف يحلون مشكلاتهم، ويتخذون قراراتهم ويدربونهم على النظام بما ينمي لديهم تنظيم الذات وتقييم الذات. الأطفال الذين يخططون لأفعالهم ذات النتائج الإيجابية وليس السلبية أكثر قدرة على أن يتحكموا في حياتهم بدلاً من أن يتركوا قيادتهم للحياة تتحكم فيهم.

مهارات حل المشكلات التي تنمي الصمود:

قام كل من سبيفاك وشور بقياس قدرة الأطفال ٤-٥ سنوات من العمر على التفكير في حلول بديلة لنوعين من المشكلات: (أ) يريد لعبة مع طفل أخر (ب) كيف يجعل أمه لا تغضب بعد أن كسر شيئًا له قيمة عندها، تمكن الباحثان من التمييز بين من يجيدون ومن لا يجيدون حل المشكلات في مرحلة ما قبل المدرسة باستخدام

"اختبار حل مشكلات التفاعل البينشخصي[1] في مرحلة ما قبل المدرسة" (٤٤). لكي يستطيع الطفل أن تكون لديه الفرصة ليلعب بلعبة مع طفل آخر، فإن من لا يجيدون حل المشكلات يفكرون في الآتي: يطلب، يخطف، يضرب، يقول للمعلم، أما من يجيدون حل المشكلات فيمكن أن يفكروا في هذه الأفكار أيضًا ولكنهم يضيفون إليها حلولاً أخرى مثل: نلعب بالدور، سوف أعيدها فورًا، سوف تصبح صديقي، وحلول أكثر إبداعًا مثل سوف أضع اسمك عليها، سوف نستمتع باللعب أكثر لو لعبنا معًا مما لو لعبت بمفردك. على الرغم أن من يجيدون حل المشكلات يفكرون في أخذ اللعبة مثل من لا يجيدون حل المشكلات ولكنهم كانوا يفكرون في البدائل الآتية: انتظر حتى ينتهي، انتظر إلى أن يكون غير منتبه، وآخذ اللعبة. من لا يجيدون حل المشكلات يقول أنا متأسف على كسر آنية الزهور لن أفعل ذلك ثانية ويمكن أن يصلحها، في حين أن من يجيدون حل المشكلات يضيفون سوف أدهنها بألوانها المفضلة، سوف أضع بها زهورها المفضلة، سوف أدعى أني نائم ولن تستطيع أن تضربني، أحضر لها شرابها المفضل وسوف تشعر أنها أحسن.

وجد الباحثان (٤٩) أن من يجيدون حل المشكلات مقارنة بمن لا يجيدونها أقل عدوانية ، أقل فقدانًا لتحكمهم في الموقف وفي أنفسهم حين لا تسير الأمور حسب رغبتهم، وأكثر قدرة على انتظار دورهم ومشاركة أقرانهم فيما لديهم، وأكثر اهتمامًا بزملائهم، وكانوا يلقون اهتمامًا من زملائهم، وكان احتمال قيامهم بما يدل على الكف أو الإحباط في الفصل أقل مثل الخجل والخوف من القفز عند اللعب مع الأقران، والقدرة على الدفاع عن حقوقهم. لقد تأكدت القدرة على حل المشكلات المعرفية البيشخصية لتحقيق التوافق لدى الصغار في مرحلة ما قبل المدرسة وحتى المراهقة من خلال الارتباط بين ضعف حل المشكلات المعرفية البيشخصية والسلوك الاندفاعي والإحباط، وكان معدل السلوك الاجتماعي في المستوى المنخفض والمتوسط أقل، كما ارتبط بنتائج مهمة كالعنف واستخدام المواد المخدرة، والسلوك

(1) Preschool Interpersonal problem solving (PIPS).

الجنسي الضار وبعض المظاهر المرضية كالاكتئاب والانتحار، وهذا ما تبين من الدراسات الطولية (٢٩) (٣١) (٣٢).

لقد تعلم الباحثان أشياء مهمة من الحلول التي ذكرها الأطفال الأكفاء المتوافقون اجتماعيًا وسلوكيًا وغيرهم من غير المتوافقين، قد يبدو في البداية أن حل انتظر حتى يغفل عن اللعبة وأخذها (يكون بعيدًا عنها أو لا يراها) ، إنه حل عدواني لأنه يتضمن "أخذها"، أو أنه يدل على الكف، فهو لا يتطلب مواجهة ولا يوجد صراع أو خلاف، ولكن تبين أنه لا يدل على العدوان ولا على الكف، فهذا الحل كان أكثر شيوعًا بين الأطفال ذوى التوافق الاجتماعي، وبعد التفكير في هذه الحالة توصل الباحثان إلى احتمالين: أولا أن الصغار ذوى التوافق الاجتماعي كانت الحلول المختلفة المناسبة للمشكلة أكثر ظهورًا لديهم، وكانت "انتظر حين لا يكون يرى اللعبة (غافلاً عنها) وأخذها" واحدا من حلول كثيرة، أحد الحلول التي ذكرها الأطفال، وهكذا فإن الطفل الذي يعطي هذا الحل لم يكن محصورًا في حل أو اثنين. ثانيًا: إن المحتوى المعرفي في هذا الحل يتضمن أفكارا غير اندفاعية "أنتظر والوقت الأنسب للفعل حين لا يكون يرى اللعبة، وكلاهما دليل على مهارة في حل المشكلة ترتبط بالتوافق السلوكي لدى الشباب مهارة تعرف بالتفكير الهدف - الوسيلة[1]، تخطيط خطوات متتابعة نحو الهدف (عقد صداقات) توقع أو استشراف العقبات المحتملة التي قد تعطل تنفيذ الخطة (الأطفال لا يحبونه) الاهتمام بالوقت والتوقيت أي تقدير الوقت المناسب للفعل، وتقبل أن الأهداف لا تتحقق مباشرة (٥١).

انطلاقًا من أن ما يوجه السلوك هو عملية حل المشكلة (٤٩)، وليس محتوى المشكلة اختبر الباحثون الأطفال في المهارات الأخرى التي يمكن أن تميز بين من يجيدون ومن لا يجيدون حل المشكلات، وكذلك المهارات التي قد ترتبط بمقاييس التوافق الاجتماعي والكفاءة في العلاقات البينشخصية، واستخدم مقياس "لعبة ماذا يحدث

(1) Means-end.

فيما بعد"[1]. وهي القدرة على استشراف ما يمكن أن يحدث بعد تصرف معين، أو التفكير في العواقب[2] وهو وسيط مهم في السلوك. مثال: حين نسأل ما الذي يمكن أن يحدث إذا خطف طفل لعبة من طفل آخر (٤١). كانت إجابات الأطفال الذين لا يجيدون حل المشكلة، سوف يخطفها منه، سيضربه، سيقول للمعلمة، أما الأطفال الذين يجيدون حل المشكلة قد يفكرون في هذه الحلول ولكن يضيفون استجابات مثل: قد تنكسر، سوف يفقد صديقه أو كما ذكر طفل مبدع، يأكل الحلوى أمامه، وحين يطلب منه واحدة سوف يقول له لا لأنك أخذت عربتي. حين يوجه السؤال ماذا يمكن أن يحدث إذا أخذ طفل شيئًا من راشد دون أن يسأله أولاً. كان الأطفال الذين لا يجيدون حل المشكلة لا يفكرون في نتائج أقل فقط وإنما أيضًا في حلول أقل تقديرًا لمشاعر للآخر. أكثر من هذا كان الأطفال المندفعون والمحبطون يعطون مترتبات توجه لذاتهم مثل سوف يضربونه، أو عليه أن يذهب إلى غرفته، أو أن أمه سوف تأخذ اللعبة، أما الأطفال المتوافقون الذين يفكرون أيضًا في مثل هذه النتائج كما يفكرون أيضًا في احتمالات فيها تعاطف وتفهم، وحين سئل عن طفل خيالي أخذ مظلة دون علم أمه، قال طفل متوافق، عندما تمطر لن تعمل المظلة وسوف يبتل ويصاب بالبرد.

بعد أن أوضح الباحثان الارتباط بين مهارات الحلول البديلة والتفكير في العواقب لدى الأطفال من ٤-٦ سنوات وبين التوافق الاجتماعي والكفاءة في العلاقات البينشخصية والتخطيط التتابعي[3] أو التفكير في الهدف والوسيلة كمهارة أكثر تعقيدًا تظهر في سن الثامنة تساءل سبيفاك وشور: لماذا يصبح الأفضل في حل المشكلات أكثر توافقًا اجتماعيًا أو أكثر كفاءة بينشخصية مع رفاقه ومع الراشدين، كما يقدر المعلمون والرفاق والملاحظون الخارجيون للأطفال (٣٧). بعد أن أسموا الحل والتفكير في النتائج والتفكير في السبب والنتيجة باعتبارها الحل المعرفي للمشكلات

(1) What happens next game (WHNG).

(2) Consequential thinking.

(3) Sequenced planning.

البينشخصية[1] يذكر الكاتبان ما يلي: أحد العناصر المفتاحية في أي نظرية للتوافق الاجتماعي أو العلاج النفسي هي نوعية العلاقات الاجتماعية والقدرة على مواجهة المشكلات البينشخصية، وتعتبر خبرة المشكلات البينشخصية نتيجة طبيعية في حياة الإنسان، حيث إن العلاقات الاجتماعية المشبعة أساسية في النمو الإنساني.

وتعتمد قدرة الفرد على حل المشكلات البينشخصية على تفاعل عوامل انفعالية ومعرفية معقدة ومتداخلة، ولكي نقدر مدى كفاءة فرد ما على الخوض في مشكلة ما بنجاح، لابد من فهم كيف يدرك ويفكر من خلال موقف بينشخصي. هذه العملية التي تتضمنها مهارات برنامج الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية التي تحدد القدرة على حل المشكلات المرتبطة بالتوافق الاجتماعي، إن كيفية تفكير الفرد هي النقطة الحاسمة لفهم احتمال التوافق الناجح على المدى البعيد.

يبدو أن هناك تجميعات من مهارات وعمليات الحل المعرفي البينشخصي للمشكلات تتوسط نوعية التوافق الاجتماعي. مهارات ليست مثل القدرة على تصور المشكلات المجردة التي لا تتضمن تفاعلا إنسانيا وفهمها حتى لو كانت أصول هذه القدرات واحدة أو مشتركة. إن مهارات الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية تكتسب أو يتم تعلمها من خبرات في ثقافتنا أي في سياق ثقافي، مثل هذا التعلم يبدأ في الأسرة وحيثما يتفاعل الفرد مع الآخرين.

فإذا لم يظهر لدى شخص ما كفاءة في مهارة أو أكثر من مهارات الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية فقد يرجع ذلك إلى (١) أنه لم يتعلم هذا الأسلوب في التفكير بكفاءة مناسبة من البداية (٢) أنه تعلم المهارات ولم يمارسها في مناسبة ما حيث حالت بعض الانفعالات والمهارات الأخرى دون ظهورها (مثل تفكير غير منطقي أو دفاعي). (٣) أنه تم اكتساب مهارات الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية ولكنها تدهورت نتيجة للتقدم في العمر أو لإصابة مرضية.

(1) Interpersonal cognitive problem solving (ICPS).

أي برنامج تربوي أو علاجي ينمي أو ينشط مهارات الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية أو يزيل معوقات ممارستها سوف يرفع التوافق الاجتماعي أو يخفض فرص تدهوره (٥١).

السؤال التالي هل تسبق مهارات الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية التوافق الصحي أم تترتب عليه؟ هل الأطفال المتوافقون اجتماعيًا على كفاءة بينشخصية عالية لأن لديهم مهارات جيدة في حل المشكلات، أم أن الأطفال لديهم مهارات جيدة في حل المشكلات لأنهم متوافقون اجتماعيًا وعلى درجة عالية من الكفاءة البينشخصية؟ يبدو من المنطقي أن نفترض أن الأطفال ذوى العلاقات الناجحة بالآخرين ليسوا عدوانيين ولا محبطين وبالتالي لديهم فرص أفضل لبناء علاقات بالآخرين، وفرص أفضل لممارسة المهارات الاجتماعية المعرفية، ومن المنطقي أيضًا أن الفرد الذي يشغله تحقيق هدف دون أن يشغله كيف يحققه، والذي لا يستطيع التفكير من خلال طرائق متعددة لحل مشكلات بينشخصية، أو الذي لا يهتم بالنتائج التي تترتب على المسارات المختلفة لتحقيق هدفه، هو شخص معرض للوقوع في أخطاء اندفاعية ومعرض للإحباط والعدوان، أو لتجنب المشكلة برمتها بالانسحاب. وفي كل الأحوال تظل الحاجة الحقيقية لديه غير مشبعة، وإذا تكرر هذا السلوك سوف تنمو لديه مشاعر غير سارة، وسوف يعاني من هذه العلاقات البينشخصية ، وقد تظهر لديه سلوكيات وأعراض لا توافقية. من جانب آخر إن الفرد الذي لديه تفكير في الأهداف والوسائل، ولديه عادات التفكير في بدائل للحلول وتقدير للنتائج والمترتبات سوف يقيم الحلول المختلفة ويختار من بينها حين يواجه مشكلة، وحين يفشل يستطيع أن يتحول إلى بديل أفضل وسوف يشعر بإحباط أقل، ويكون أكثر نجاحًا في العلاقات البينشخصية وأقل تعرضًا لظهور أي خلل أو اضطراب، لا شك أن هناك تفاعلا بين المنحيين، ولكن من المنطقي أن نفترض أن أطفالا مثل زخاري وسارة بما لديهما من مهارات في الحل المعرفي يمرون بإحباط وفشل أقل من غيرهم من الأطفال الذين لم يستطيعوا الانتفاضة من الفشل.

الافتراض الضمني الذي تقدمه نظرية سبيفاك أن إتاحة الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية شرط مسبق للتوافق البينشخصي والصحة النفسية، وقد تم اختبار

مصداقية تأثير الحل المعرفي على السلوك في برامج تدخلية لاختبار الارتباط بين قدرات الحل المعرفي والتوافق، وذلك بإدخال تغييرات على مهارات الحل المعرفي ورصد التغيرات في سلوك الأطفال الذي يرتبط بشكل طبيعي بمهارات الحل المعرفي، فإذا وجد أن قدرات الحل المعرفي تظهر في سلوكيات الأطفال فسوف يتمكن الباحثان سبيفاك وشور من تحديد أي مهارات الحل المعرفي تلعب الدور الأساسي في التوافق، ويكون في هذا التحديد أساساً لوضع منحى (وقائي) جديد للسلوكيات الخطر لدى الأطفال.

من النظرية إلى برامج التدريب:

منذ بدأ شور وسبيفاك في ١٩٧٠ برامج تدخل منظمة لتنمية مهارات الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية لأطفال في سن الرابعة من سكان الأحياء الفقيرة ، وعلى أساس رؤية سبيفاك كان المنحى يتجه لتدريس الأطفال كيف يفكرون بطرائق تساعدهم على حل مشكلاتهم البينشخصية اليومية بنجاح ، وكان عنوان البرنامج في البداية "الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية" ويعرف الآن "أنا أستطيع أن أحل المشكلة"[1]، يتكون دليل التدريب لمرحلة ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية (٣٤) (٣٥) من ألعاب وحوارات متتابعة تتطلب مهارات لغوية، ومفاهيم دالة على المشاعر وبدائل الحل النهائي وتعلم مهارات التفكير في العواقب أو النتائج.

أزواج من الكلمات في برنامج أنا أستطيع حل المشكلة:[2]

تستخدم أزواج الكلمات مثل: يكون / لا يكون، متشابهة/ مختلفة، قبل/ بعد، بعض / كل في شكل ألعاب لأن الأطفال حين يتعلمون أن يربطوا بين كلمات معينة

(1) I can problem solve Intersonal Cognitive Problem Solving(ICPS).

(2) I cps word pairs.

أثناء اللعب يكون احتمال استخدامهم لها حين يحتاجونها في محاجاة وفي المواقف التي لا تتصف بالتوتر أكبر، ويستمتع الأطفال بالتفكير في محتويات الغرفة ، ما ينطبق عليها وما لا ينطبق (**هذا** مقعد، **وليس** ترابيزة ولا بالونة ولا سقف) ثم يقومون بتسمية شيء في الغرفة (شيء **مثل** شيء آخر، وشيء **مختلف** عنه)، ومن المسلي للأطفال أن يفكروا ماما مثل بابا، ماما **ليست مثل** بابا، أو الألعاب التي يحبها هو ولا تحبها أخته، أو (قبل / بعد) هل أمطرت السماء **قبل** خروجهم للعب أم **بعد**، ويستمتع الأطفال باستخدام كلمات عن الحاضر والمستقبل، **(الآن، فيما بعد)** ويكوّنوا مواقف مثل: أنا أكل الإفطار **الآن** وسوف أتناول العشاء **فيما بعد**، كذلك استخدام **(بعض، كل)** في جمل: أحب ألعب بعربتي الجديدة بعض الوقت **وليس كل الوقت**، يمكن أسمح لأخي باللعب بالعربة **بعض الوقت**، يستمتع الأطفال باستخدام هذه المفردات، وهي تساعدهم فيما بعد عند حل الصراعات في المدرسة أو المنزل، ثم تطبيق هذه الأزواج من المفردات في الحياة اليومية مثلاً يجيب الطفل عن السؤال: هل فكرتك فكرة جيدة أم غير جيدة على ضوء ما يمكن أن يحدث **فيما بعد**، وهل الطفل قادر على أن يفكر فيما حدث **قبل** الشجار باستخدام أسئلة مثل: هل ضربك **قبل أو بعد** ضربك له؟ وكذلك تستخدم في إثبات أو نفي حدث معين في جمل تساعد الطفل على التفكير في الأوقات **المناسبة أو غير المناسبة** لعمل شيء معين مثال: عندما يقاطع الطفل شخصاً ما يمكن أن يوجه له السؤال: هل هذا **وقت مناسب أو غير مناسب** للتكلم معي؟ يستمتع الأطفال بالتفكير في السؤال: هل يمكن أن تفكر في طريقة مختلفة لتطلب من أخيك ما تريده، وقد يكونون أكثر استعداداً للانتظار لما بعد حين يتعرفون على كلمة "**فيما بعد**" من خلال الألعاب التي يلعبونها.

المرحلة الثانية من برنامج التدريب "أنا أستطيع أحل المشكلة" تساعد الأطفال على التعرف على مشاعرهم، ليس مشاعر الآخرين ولكن مشاعرهم هم، يتعلم الأطفال أنه من الممكن أن يتعلموا أن الأشخاص المختلفين يمكن أن يكون لديهم مشاعر مختلفة عن مشاعرهم نحو الشيء نفسه، وأن المشاعر تتغير، وأن هناك طرائق لتحديد ذلك إذا راقبنا أو سمعنا أو سألنا. بعد تعلم ألعاب وضع الكلمات لتعبر عن مشاعر الأشخاص،

يتعلم الأطفال أن يفكروا فيما يجعلهم يشعرون بهذه المشاعر، ومن المهم أيضًا أن يفكروا فيما جعلهم يشعرون بهذه المشاعر. الأطفال الذين لا يهتمون مثلاً إذا ضربهم طفل آخر أثناء خطف العربة، قد يصبحون محصنين لشعورهم المؤقت بالألم في سبيل الحصول على ما يريدونه، الأطفال الذين لا يهتمون بمشاعرهم لا يستطيعون الاهتمام بمشاعر الآخرين ، أو لا يكون لديهم الدافع للتفكير في طرائق أخرى للحصول على ما يريدون. عندما تتحدد الكلمات الدالة على المشاعر ويفكر الأطفال فيما يجعل الآخرين يشعرون بشعور معين فإنهم يكونون مستعدين للألعاب والحوارات التي تعلمهم مهارات حل المشكلات والتفكير في النتائج أو العواقب. على ضوء ما يشعرون به وما يشعر به الآخرون، وإذا لم ينجح حل ما، أو إذا فكر أنه ليس فكرة جيدة فيمكن تجربة طريقة مختلفة أو فكرة مختلفة.

مع بداية سن الثامنة (٣٦) يتعرض الأطفال لمواقف فيها مشكلات تناسب مرحلتهم العمرية ليفكروا في المشاعر، والحلول، والنتائج، وكذلك في مهارات التفكير العليا: كيف يكون لشخص ما أكثر من شعور واحد حيال نفس الشيء في نفس الوقت (مشاعر مختلطة) عندما يفهم أن هناك أكثر من تفسير لما يفعله الآخرون (ربما لم يسلم عليّ لأنه غاضب مني، أو ربما لأنه لم يراني)، وكذلك القدرة على التفكير في النتائج أو العواقب، أو التفكير في الوسائل والغايات والتي سبقت الإشارة إليها.

إلى جانب برامج "أنا أستطيع أن أحل المشكلة" في المدارس بدءًا من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى الصف السادس، ثم تطوير البرنامج ليستخدمه الآباء، في كتاب "تربية (تنشئة) طفل مفكر"[1] (٣٨) وهو مبني على برنامج يحمل نفس العنوان (٤٠). "تنشئة مراهق مفكر"[2] وهو نفس منحى "أنا أستطيع أحل مشكلة" بعد إدخال التعديلات المناسبة.

(1) Raising a Thinking child work book.

(2) Raising a Thinking adolescent

تعلم شور وسبيفاك أنه بالإضافة إلى تدريس متطلبات ومهارات حل المشكلة للأطفال، فإن تطبيق مهارات البرنامج التي تم اكتسابها في الحياة اليومية يمكن أن يكون مفتاحًا لتغيير حقيقي في السلوك باستخدام المفاهيم السابق وصفها، يتعلم المدرب أن يساعد الأطفال على أن يربطوا بين تفكيرهم وبين أفعالهم من خلال عملية يسميها شور "حوار الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية"[1]، حيث يستبدل العقاب السلبي، والأوامر والتهديدات والإذلال بالصراخ أو البقاء في غرفة بمفرده، وحتى المناحي الإيجابية باقتراح ما يجب عمله (أطلب من أخيك ما تريد، شارك لعبك) أو الشرح والتفكير (إذا ضربت أخيك فقد تؤذيه) تستبدل كل هذه الأساليب ويوجه مدربو "أنا أستطيع أن أحل المشكلة" أسئلة توجه الأطفال ليفكروا فيما يفعلونه على ضوء ما يشعرون به، أو يشعر به الآخرون، وماذا سوف يحدث فيما بعد، وأن يفكروا في طريقة مختلفة لحل المشكلة. وفيما يلي كيف استخدمت إحدى الأمهات حوار على منحى "أنا أستطيع أن أحل المشكلة" مع طفلها في مرحلة ما قبل المدرسة والتي جاءها يشكو: أمي تومي ضربني.

الأم : ما المشكلة؟ ما الحكاية؟

س : تومي ضربني.

الأم : ماذا حدث **قبل** أن يضربك.

س : أنا ضربته.

الأم : ما سبب ضربك له؟

س : لا يدعني آخذ أي صلصال.

الأم : كيف كان شعور تومي حين ضربتيه؟

س : اغتاظ جدًا؟

(1) ICPS dialoguing

الأم : ماذا حدث بعد ضربك له؟

س : ضربني .

الأم : وكيف شعرت أنت؟

س : بغيظ شديد.

الأم : هل يمكن أن تفكر في طريقة مختلفة لتحصل بها على بعض الصلصال حتى لا تشعر أنت ولا هو بالغيظ وحتى لا يضربك؟

س : سوف أقول له إنني سأساعده لنعمل كلبًا بالصلصال .

كان شعور س بالتهديد أقل حين سألت الأم ماذا حدث **قبل** أن يضربك؟ مقارنة بالشعور بالتهديد حين تسأل الأم **لماذا** ضربته؟ ربط كلمة قبل بكلمات الألعاب في "أنا أستطيع أحل المشكلة"، شعر س بالأمان فذكر لأمه ما حدث فعلاً. حيث اكتشفت أن ابنها بدأ بالضرب لم تعط نصيحة أو محاضرة عن فوائد ومساوئ الضرب. وإنما استكملت حوار "أنا أستطيع حل المشكلة" بتشجيع طفلها على التفكير في مشاعره ومشاعر تومي والمشكلة الأصلية (رغبته في الحصول على الصلصال) ثم ساعدته على البحث عن طرائق بديلة لحل المشكلة والنظر فيما سوف يحدث نتيجة لهذه الطرائق البديلة. إن الأطفال المشاركين بإيجابية في حياتهم وليسوا المتلقين بسلبية، والذين ينشغلون بالتفكير فيما يفعلونه يكون احتمال أن ينفذوا أفكارهم أكبر كثيرًا من أولئك الذين يطلب منهم أو يوحي إليهم أو يفسر لهم سلوكهم من قبل الراشدين، إن رسالة الكبار الضمنية: "أنا أهتم بما تشعر به، واهتم بما تفكر فيه، وأريدك أن تهتم أيضًا".

الدليل على تأثير أنا أستطيع حل المشكلات على الأطفال المتوافقين والمستهدفين للخطر .

ماذا يحدث لتفكير الأطفال وسلوكهم بعد تلقي البرنامج التدريبي "أنا أستطيع حل المشكلة؟" حين يتم التدريب عن طريق المعلمين فإن مهارات الأطفال الذين تم تدريبهم بدءًا من مرحلة ما قبل المدرسة و يتحسن سلوكهم بمقارنتهم بمجموعة ضابطة

ويحتفظون بالتحسن لمدة سنة واثنين (٤٧) ولمدة ٤ سنوات (٣٧). خلال ثلاثة شهور فقط وبصرف النظر عن نسبة الذكاء أصبح الأطفال الاندفاعيين أقل في عدم الصبر وأقل في الانفجار عند مواجهة الإحباط، وأصبح الأطفال الانسحابيون أكثر إقدامًا، وأكثر قدرة على التعبير عن مشاعرهم وأقل تخوفًا. مثلاً "طفلة" دائمًا تقوم بدور المراقب من بعيد فهي خجولة ولا تستجيب لمحاولة المدرسة لدمجها في الجماعة، هذه الطفلة بعد ١١ أسبوعا تقدمت لتلعب مع الأطفال، وعرضت عليهم أن تقوم بدور رجل المطافئ وفي الحال تصور الأطفال وجود حريق، واستمرت في اللعب.

لم يقتصر التحسن فقط على سلوكيات الأطفال الذين تم تدريبهم فقد أعيد تطبيق البرنامج بواسطة باحثين آخرين (٨) (٢٠) (٥٣) وكان أكثر من تحسنوا في مهارات حل المشكلات هم أكثر من تحسنت سلوكياتهم (٤٦) ، بما يوحي بعلاقة مباشرة ويدعم نظرية سبيفاك. إن البرنامج يلعب دوراً مهمًا باعتباره وسيطا في السلوك، من المهم أن نشير إلى أن الأطفال ذوى التوافق والكفاءة الاجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة كانوا أقل من المجموعة الضابطة في ظهور أي انحراف سلوكي، بما يوحي أن البرنامج يعمل باعتباره برنامجا وقائيا كما أنه يقلل من السلوكيات الخطر القائمة فعلاً. في دراسة (٢٠) أظهر الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الذين تم تدريبهم انخفاضًا في سلوكيات القلق والخوف وفرط الحركة وتشتت الانتباه عند مقارنتهم بمجموعة ضابطة على مقياس لتقدير المعلمين للأطفال (١١) وهي نفس النتائج التي تكررت في بحث آخر (٢). كما وجد أن التغيرات السلوكية كانت ترتبط بتحسن في حل المشكلات. من المهم الإشارة إلى أن الأطفال الذين تم تدريبهم كانت نسبة التحويل إلى الاختصاصي النفسي بينهم أقل بمقارنتهم بمجموعة ضابطة. في دراسة لم تكن النتائج السلوكية لدى الأطفال في سن ٥ سنوات أفضل بمقارنتهم بمجموعة ضابطة اقتصر تدريسها على برنامج للنمذجة والتدعيم فقط ، وإنما امتد التأثير بعد انتهاء البرنامج فقد ظلت مجموعة "أنا أستطيع" تحاول بطرائق متعددة لحل الصراع في حين كان أفراد مجموعة النمذجة والتدعيم تلجأ لطرائقها القديمة والتي كانت غير فعالة في معظم الأحوال.

بالنسبة للأطفال في الصف الخامس والسادس الذين تم تدريبهم بمنحى "أنا أستطيع" كان محتوى المشكلات وما يقوله ويفعله الراشدون في البرنامج قد يختلف، ولكن مدى ما يقدمه الراشد للطفل لتشجيعه على التفكير لم يختلف سواء مع تقدم الطفل في العمر أو مع الاختلاف في المستوى الاجتماعي الاقتصادي. رغم أن تحقيق التأثير المطلوب على سلوك الأطفال الأكبر يأخذ وقتًا أطول عنه في الأطفال الأصغر، فإن السلوك الإيجابي المقبول اجتماعيًا زاد في مدة ثلاثة شهور في الصف الخامس، في حين انخفض السلوك السلبي بعد تعرض الأطفال لدورة تدريب ثانية في الصف السادس (٤٢)، ويحتمل أن تأخر التأثير على السلوك السلبي كان نتيجة لعدم التركيز على البرنامج نظرًا للأعباء الأكاديمية (٣ مرات في الأسبوع مقابل يوميًا بالنسبة للأطفال الأصغر) ومن الممكن أيضًا أن السلوكيات أكثر استقرارًا كعادات سلوكية في السن الأكبر عنه في السن الأصغر وبالتالي أكثر مقاومة للتغيير. إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين مهارات حل المشكلات والسلوكيات لدى الأطفال الأكبر فإن التدخل الأكثر تركيزًا أو الأكثر عمقًا يبدو أمرًا منطقيًا. تشير الأدلة إلى أنه إذا كان التأثير في السلوكيات السلبية يتطلب وقتًا أطول في الأطفال الأكبر بالنسبة لمن لم يتم تدريبهم في سن مبكرة فإن الوقت لم يفت بعد بالنسبة لأطفال الصف الخامس والسادس. ومن المهم الإشارة إلى أن الأداء على الاختبارات التحصيلية المقننة تحسن لدى الأطفال المدربين على "أنا أستطيع" خاصة في المواد الاجتماعية والقراءة والحساب، بما يوحي أن الأطفال الذين تحسن سلوكهم يمكنهم التركيز بصورة أفضل على المهام التعليمية في الصف وبالتالي يتحسن أداؤهم المدرسي. إذا رجعنا إلى تحليل (١٥) الذى وصل إلى أن الصمود يتضمن "مصاعب وعقبات باعتبارها تحديات للمواجهة وليست ضغوطا للتجنب "فمن المهم أن نأخذ بعين الاعتبار أن أطفال الصف الخامس الذين يتعلمون مهارات حل المشكلات يمرون بضغوط أقل أثناء انتقالهم من المرحلة الابتدائية إلى المرحلة المتوسطة (١٩)، بالإضافة إلى ما يتطلبه الانتقال إلى مدرسة جديدة ومواجهة ضغوط الأقران، فهذه الضغوط يضاف إليها التوافق لمتطلبات تعليمية أكبر، في هذه الدراسة استطاع الأطفال أن يثابروا ويحققوا أداء أفضل في المدرسة.

من المهم هنا أن نؤكد على أهمية الحوار في "أنا أستطيع" في التأثير على تغير السلوك. لقد صمم ويسبرج وزملاؤه في جامعة روشنستر برامج لحل المشكلات الاجتماعية للمرحلة الابتدائية ووجدوا (٥٥) بعد المقارنة بمحاولاتهم المبكرة أن تحسن السلوكيات بين الأطفال في الصفوف ٢-٤ تعزى إلى تحسن منهجية البحوث (التماثل كان أفضل في المجموعة الضابطة، والتحيز أقل في تقديرات المعلمين) كما كان المعلمون أكثر شعوراً بالمسئولية وأكثر دافعية، وكانت برامج التدريب أكثر انضباطاً، وكان الإشراف وتبادل الاستشارات أفضل. وكذلك فإن تحسن السلوكيات كان يعزى للمنهج الذي يستجيب لحاجات التلاميذ والمعلمين بصورة أفضل، والأهم التأكيد على الحوار الجديد الذي يساعد الأطفال على تطبيق مهارات الحل المعرفي التي اكتسبوها في المشكلات البينشخصية في الحياة اليومية. لقد أشارت (٥٤) الدراسات إلى أن دمج الحوار مع المنهج يعتبر منحى تعليميا مفتاحيا لتيسير جهود الطفل لحل المشكلات باستقلالية.

هل يستطيع الآباء أن يكونوا وسطاء فاعلين في برنامج حل المشكلات؟ وجد (٤٥) أن أطفال ما قبل المدرسة في المناطق الشعبية الذين دربتهم الأمهات تحسنوا كما تحسن من دربهم المعلمون وكلاهما تفوق على العينات الضابطة في حل المشكلات والتفكير في العواقب والسلوكيات الاندفاعية والمحبطة كما يتم ملاحظتها في المدرسة. على أساس أن المهارات التي يتم تعلمها في الأسرة تعمم وتنتقل إلى المدرسة. الأمهات اللاتي تحسنت لديهم مهارات حل المشكلات وطبقوا الحوار الخاص "بأنا أستطيع" عند مواجهة مشكلات فعلية في الأسرة كان أطفالهم هم الأكثر تحسنًا في مهارات حل المشكلات وفي السلوكيات. من المهم الإشارة إلى أن الأمهات اللائي أجدن تعلم حل المشكلات بين أم افتراضية وطفلها (على أمثلة مثل الطفل يكرر قول "لا" بكثرة) هم أيضًا من يطبقون حوارات برنامج "أنا أستطيع" في المشكلات الواقعية، ويعتقد الباحثان أن هؤلاء الأمهات تعلمن حل المشكلات خطوة خطوة، ويتنبهن للمعوقات المحتمل ظهورها، ويتقبلن أن المشكلات ليست قابلة للحل الفوري دائمًا (التفكير في الوسائل - الأهداف) وكذلك يتفهمن وجهة نظر أطفالهم ويتقبلونها أحيانًا، الأطفال

الذين بدأ تدريبهم على أيدي المعلمين في الروضة ثم على أيدي الأمهات في السنة الأولى (٣٧)، وأطفال الأمهات اللائي أجدن تطبيق حوارات "أنا أستطيع" احتفظوا بما اكتسبوه لمدة ثلاث سنوات حتى نهاية الصف الرابع.

من تدريب الأطفال المتوافقين والمستهدفين للخطر إلى التطبيقات الإكلينيكية:

لقد ناقشنا الطرائق التي يمكن أن تستخدم لمساعدة الأطفال على حل مشكلات الحياة اليومية مثل ضرب الأخوة والزملاء، ومشاركة الآخرين. وقد وجد شور وسبيفاك (٤٣) قصورًا في حل المشكلات الاجتماعية في سن ٨-١٢ لدى الأطفال الملحقين بمدارس للمضطربين انفعاليًا عند المقارنة بينهم وبين أطفال مدارس التعليم العام، وأكد (٢٨) أن التلاميذ في مرحلة ما قبل المراهقة والمراهقة ممن يتصف سلوكهم بالعنف الشديد لديهم قصور في مدى واسع من العمليات المعرفية الاجتماعية، بما في ذلك مهارات حل المشكلات الاجتماعية مقارنة بأقرانهم ذوى السلوك العدواني البسيط أو السلوك غير العدواني. وبالمثل أشار (١٧) في نموذجه المعرفي لمعالجة المعلومات لبحث مؤداه أن العدوانيين والاكتئابيين الذين يرون عالمهم بغضب أو يأس لديهم قصور في مهارات حل المشكلات الاجتماعية ، ويظهرون استجابات منحرفة تشير لقصور في الاستجابات السلوكية ذات الكفاءة. ويتفق مع هذه النتيجة المقارنة بين أطفال اكتئابيين في سن ما بين ٩-١١ بمجموعة ضابطة غير اكتئابية وكانت هناك فروق دالة بينهما في مهارات الحل المعرفي للمشكلات الاجتماعية الخاصة بالسبب والنتيجة (٣٣) وفي بحث آخر (٢٢) أشارت النتائج إلى أن الأولاد المقيمين في مؤسسات للاضطراب الانفعالي كان الأكثر عزلة منهم أكثر قصورًا في مهارات الحل المعرفي للمشكلات الاجتماعية مقارنة بالأقل عزلة.

رغم أنه لم يتم تدريب الأطفال الاكتئابيين، فإن الأطفال ذوى السلوك المعادي للمجتمع والذين يعيشون في عزلة يستفيدون من التدريب سواء بمفرده أو بإضافة علاجات سلوكية معرفية أخرى إليه، وقد أجريت دراسة (٥٠) على ذكور في سن ما بين

٧-١٣ سنة نزلاء مركز علاجي ويعانون من مشكلات انفعالية وذوي ذكاء متوسط ، وقد تم تحويلهم للمركز بسبب فرط النشاط والاندفاعية والتهور والانحراف وصعوبات التعلم وخلل طفيف في الجهاز العصبي، وقد استخدم منحى حل المشكلات لأكثر من أسبوعين بواقع ٦٠ دقيقة للجلسة، وتمت المقارنة بين تأثير منهج الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية المعدل وبينه بعد إضافة تدريب في المهارات الاجتماعية قام فيه رواد المجموعة بنمذجة بعض التعبيرات والإيماءات والجمل، وقام أفراد المجموعة بدور من يناصر الموقف أو يعاديه أو يوجهه أو يقدم له تغذية راجعة أثناء لعب الدور. في حالة الجمع بين أكثر من برنامج كان الأولاد يجربون أساليب جديدة في حل المشكلات والتواصل البينشخصي، ويتبادلون فيما بينهم المديح على ما يبدونه من سلوكيات توافقية، ويخططون لاستخدام المهارات التي تعلموها عند مواجهة المشكلات، وعند مقارنة هذه المجموعة بمجموعة ضابطة استخدمت المناقشة فقط ولكن لم تتدرب على مهارات حل المشكلات ولا المهارات الاجتماعية، تبين أن المجموعة التي جمعت بين المهارات الاجتماعية وحل المشكلات المعدل حققت أكبر قدر من خفض السلوكيات السلبية في الفصل كما وردت في تقارير المعلمين، باستخدام مقياس ديفرو للسلوك[١] في المرحلة الابتدائية (٥٢) ويتضمن إثارة الاضطراب في الفصل، عدم الصبر، عدم احترام الآخر، إلقاء اللوم على الغير. وقد تبين أن التدريب على الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية أو المهارات الاجتماعية كليهما له تأثير دال سواء طبق كل منهما منفرداً أو تم جمعهما مقارنة بالتدريب الذي لا يتضمن حل المشكلات أو المهارات الاجتماعية، وهذه النتائج تعطينا الأمل في قدرة النشء ممن يعانون من المشكلات على التعلم والتصرف بمسئولية في المواقف الاجتماعية.

في دراسة أجريت على مجموعة من الأطفال في سن ما بين ٧-١٣ سنة المترددين على عيادة خارجية سيكاترية (٥٨)، معظمهم من الطبقة العاملة من أسر طلاق أو والد

---

(1) Devereux Elementary school Behavior (DESB).

واحد فقط تلقوا تدريبًا باستخدام منهج روشستر في حل المشكلات الاجتماعية[1] (٥٦) وهو مثل برنامج الحل المعرفي للمشكلات الاجتماعية يدرس مهارات حل المشكلات الاجتماعية[2] ومهارات التفكير، لمدة ٢٠ أسبوعًا بواقع جلستين أسبوعيًا، وكان التدريب يتم في مجموعات من الأطفال بواسطة مؤهلين كلينيكين، وبالإضافة لهذا التدريب كان هناك جلسات للآباء، حيث تم شرح المفاهيم والمبادئ التي يتعلمها أبناؤهم وتشجيعهم على تطبيقها في المنزل، بالإضافة لمناقشات جماعية تناولت القضايا والمشكلات المختلفة للآباء. بالمقارنة بين هذه المجموعة ومجموعة ضابطة تلقت خدمات كلينيكية توليفية تراوحت بين العلاج الفردي و العلاج الأسري، تبين أن الأطفال الذين حضروا التدريب تحسنوا في مهارات حل المشكلات الاجتماعية وفي السلوك كما ورد في تقارير الآباء، وتناولت كفاءات اجتماعية أكبر، وأعراض سلوكية خارجية أقل كالعدوان والجناح ، وكانت الأعراض الداخلية كالاكتئاب والسلوك اللاتواصلي لدى أبناء الآباء الذين حضروا الجلسات أقل. من المهم أن نلاحظ أن الأطفال الذين تلقوا حل المشكلات الاجتماعية مع تدريب الآباء كان تأثير التدريب عليهم أكبر ممن لم يتلقوا برنامجًا في حل المشكلات وتلقوا برامج علاجية متنوعة يفترض أنها تتناسب مع أعراضهم المرضية.

في عينة من المرضى العقليين تتراوح أعمارهم ما بين ٧-١٣ سنة مقيمين فى مستشفى للعلاج من السلوك المضاد للمجتمع وجد (٢٤) أن الجلسات ما بين ٢٠-٤٥ دقيقة بواقع ٣-٤ جلسات أسبوعيًا على نسق الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية كان لها تأثير أكبر من العلاج العلاقاتي[3] غير الموجه، أو عدم وجود علاج من أي نوع، فقد أظهر الصغار الذين تلقوا الحل المعرفي انخفاضًا دالاً في السلوكيات الخارجية العدوانية سواء في المنزل أو المدرسة، كما أظهروا زيادة في السلوك المقبول اجتماعيًا

(1) Rochester social problem solving.

(2) Social Problem- Solving (SPS).

(3) Relational therapy.

والتوافق بشكل عام، واستمر التأثير لمدة عام، وفي دراسة استخدمت مقياس أشنباخ واديلبروك (٧) لتقدير السلوك الإيجابي اجتماعيًا تبين تحسن أداء الأطفال الذين تم تدريبهم حتى أصبحوا في إطار الأسوياء، ولكن معظمهم ظلوا خارج حدود الأسوياء بالنسبة للسلوك المنحرف. إن النتيجة الخاصة بالسلوك الإيجابي اجتماعيًا تثير الاهتمام حيث إنه بالنسبة للأطفال الأسوياء المستهدفين للخطر وفي نفس الفئة العمرية المشار إليها والذين سبق عرضها (٤٢) كان السلوك الإيجابي اجتماعيًا هو أول علامات التحسن، وفي دراسة أخرى جمعت بين حل المشكلات وتدريب الآباء على إدارة السلوك (حيث يقوم الأب/ الأم بتدعيم سلوك الطفل بمنحه مميزات أو أنشطة أو جوائز) أدى إلى خفض السلوكيات المنحرفة لتصبح في معدل الأسوياء (٢٥).

رغم أن التدريب الذي صمم على نسق "أنا أستطيع حل المشكلة" لم يؤد إلى تحول معظم الأطفال ذوى السلوك المضاد للمجتمع إلى السلوك السوي، فإنه أدى إلى تراجع السلوك العدواني والاضطراب الخارجي بصورة دالة مقارنة بمن تعرضوا لعلاج يتضمن التعبير عن المشاعر وإظهار التفهم والدفء غير المشروط، ولكنه لا يتضمن التدريب على حل المشكلات مباشرة، هذه النتيجة مهمة لأن التدريب على الحل المعرفي للمشكلات الاجتماعية (أنا أستطيع حل المشكلة)مبني على مسلمة مؤداها أن التفهم والتقدير والمناقشة المفتوحة للانفعالات متطلبات أساسية لتغيير السلوك، فهي تخلق رصيدا أكبر من الحلول، ولكن الحلول والتفكير في العواقب يتوسط بصورة مباشرة السلوك. نفرض أن طفلة انسحابية على وعي أن سلوكها أدى إلى غضب شخص ما وهي خطوة لتشعر بنتيجة سلوكها - ولكن لن تتخلص من قلقها حيال غضب هذا الشخص ما لم تعرف ما الذي عليها أن تفعله لتزيل هذا الغضب. سواء كانت المجموعة المستهدفة داخل أو خارج حدود السواء، فإن معرفة ما الذي يجب عمله هو نتيجة للحل النهائي الذي تم التوصل إليه باستخدام مهارات حل المشكلات والتفكير في العواقب وخطوات التخطيط وهي مهارات الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية.

سوف نتناول فيما يلي كيف استطاع الكاتب الثاني Aberson أن يساعد ثلاثة أطفال ممن يعانون من اضطرابات نيورولوجية وكلينيكية متعددة على تنمية الخصائص

الشخصية المرتبطة بالصمود نتيجة لتدريبهم على مهارات الحل المعرفي للمشكلات الاجتماعية، رغم أن الحالات الثلاث لديها اضطراب القصور في الانتباه وفرط الحركة ، إلى جانب معاناتهم من اضطراب مصاحب حيث تعاني "ب" من القلق والاكتئاب ويعاني "ج" من الاندفاعية والمخالفة ويعاني " ل " من اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة لإصابته في حادث بعد بدء العلاج. (سوف نشير بالحروف الأولى لأسماء الأطفال) هؤلاء الأطفال الثلاثة تلقوا علاجًا على يد آبائهم بعد تلقي الآباء تدريبًا في مجموعات صغيرة أو تدريبًا في العلاج الأسري.

قصة ب:

الطفلة من أصل بريطاني وتعاني من اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة حين كانت في الحضانة (١) (٣) وحين كانت في الصف الثاني تلقت أمها وهي أم دون وجود أب ست جلسات في الوالدية بواقع جلسة أسبوعيًا، وفي ذلك الوقت كانت تشير نتائج منظومة قياس السلوك للأطفال[1] (٣٠) من تقديرات الأم والمعلمة والطفلة نفسها إلى أنها تعاني من أعراض القلق والاكتئاب بالإضافة لاضطراب الانتباه، لم تكن "ب" تنجز المهام المطلوبة منها سواء في المدرسة أو البيت، رغم أنها متوسطة الذكاء والأداء المدرسي. وكانت درجاتها دون المتوسط، وكانت لها صديقة واحدة في المدرسة وكانت تهددها بالابتعاد عنها ما لم تنفذ ما تريده، وكانت علاقتها بأمها كما تشير نتائج مقياس ضغوط الوالدية تتسم بمستوى[2] (٤) مرتفع من الضغوط لدى الأم في علاقتها بابنتها حيث يكثر العقاب والمواجهة، وحيث تجد الطفلة صعوبة شديدة في علاقاتها بالأم، رغم اعتماد الطفلة على أمها اعتمادًا شديدًا نظرًا لنكوصها لمراحل سابقة.

(1) Behavior Assessment System for Children (BASC).

(2) Parenting Stress Inventory.

شرحت أبرسون للطفلة "ب" وكانت الاختصاصي النفسي في المدرسة المسئولة عنها أن أمها سوف تتعلم بعض الألعاب لتلعب معها في المنزل، وأنها سوف تسألها بعض الأسئلة لتساعدها على تعلم حل بعض المشكلات، ورحبت "ب" بهذا.

ولكي تساعد الأم "ب" على التفكير في مشكلة التأخير عن المدرسة صباحًا كانت توجه لها أسئلة على نسق "الحل المعرفي للمشكلات الاجتماعية" مثل "كيف يكون شعورك حين تذهبين للمدرسة في الموعد"؟ (لتتعرف على مشاعر الطفلة) في رأيك كيف يشعر المعلم حين تصلين المدرسة متأخرة؟ (التعرف على مشاعر الآخر). كيف يكون شعورك حين يتشاجر الجميع في الصباح؟ وحين يكون الموقف مناسبًا نسألها" ماذا تفعلين لحل هذه المشكلة؟ وقد ساعدت الأم ابنتها "ب" بأن قسمت الحل إلى خطوات صغيرة من خلال الأسئلة الآتية: (١) ماذا يمكن أن تفعلي في الليلة السابقة حتى تسهلي على نفسك الاستعداد للمدرسة في الصباح؟ (٢) هل ممكن تعدي قائمة بالأشياء التي عليك عملها حتى تكوني مستعدة للمدرسة؟ (٣) ما أول خطوة، ثم ما ثاني خطوة ثم ما ثالث خطوة وهكذا (تطبيق تتابع الخطوات في التفكير في الوسائل - الأهداف) طريقة لمساعدتها للقيام بالمهام المطلوبة بنظام. (٤) هل ممكن تفكرين في طريقة لتضعي علامة على الخطوة التي انتهيت منها حتى تعرفي أنك أنجزتيها فعلاً؟ بعد ستة أسابيع في التدريب على الحل المعرفي للمشكلات لم تعد "ب" في حاجة لهذه الخطوات، وذكرت الأم أن تطبيق الحل المعرفي كان يستغرق وقتًا طويلاً في البداية نظرًا لاستجابات "ب" المخالفة أو المعارضة، وبالتدريج تحسنت العلاقة بينهما وتمكنت "ب" من حل المشكلة، كانت "ب" تضع خطة مسبقة بأن تعد الملابس التي سوف ترتديها في الليلة السابقة، كما استطاعت أن تضع خطة بحيث تكون مستعدة في الوقت المناسب.

ولكي تساعد الأم "ب" على إنجاز المهام المدرسية في المدرسة والواجب في المنزل - وكانت "ب" ترفضها تمامًا - حولت الأم سياستها من المجادلة إلى التساؤل، ومن أمثلة الأسئلة التي استعانت بها: ما الذي تريدين أن تعمليه بعد الانتهاء من عمل

الواجب؟ (وهي طريقة لمنحها القوة وليس الاستقواء عليها) وقد أفاد تقرير المعلمين أن أداء "ب" تحسن، كما تراجعت المعارك حول الواجب المنزلي بالتدريج، حيث أصبحت تنهي الواجب دون مساعدة الأم إلا فيما ندر.

رغم أن "ب" ظلت تجد صعوبة في عقد الصداقات، فإن علاقتها بأقرانها تحسنت حيث كانت تلعب معهم في المنزل، وبدلاً من أن تلجأ لأمها عند مواجهة مشكلات معهم، كانت تفكر في بدائل للعب حينما تختلف معهم.

وحيث إن "ب" كانت تجد صعوبة في تعلم الحساب وكانت أقل نضجًا في التعامل مع الأقران، فقد قررت هي وأمها أن تعيد الصف الدراسي الخامس رغم أن المدرسة لم تكن تشجع هذا القرار. ولكن "ب" كانت سعيدة بهذا القرار الذي شاركت في اتخاذه، وقالت لأقرانها أنها تحتاج لمزيد من الوقت قبل أن تنتقل إلى المرحلة المتوسطة (الإعدادية) والآن أصبحت "ب" في الصف العاشر وتحصل على تقدير أ، ب حتى في الحساب، وأصبح لديها أصدقاء، وأصبحت علاقتها بأمها قوية وحميمة. لقد استفادت "ب" من إعادة الصف الخامس وهذا دليل على الصمود حيث تتعارض النتيجة الإيجابية التي حققتها "ب" مع النتائج السلبية التي ترتبط بإعادة صف دراسي، وقد يعزى نجاحها إلى علاقة الاحترام المتبادل بينها وبين أمها وإلى استخدامها مهارات حل المشكلات عند اتخاذ القرار.

إن الفائدة المباشرة التي تحققت في هذه الحالة، تمثلت في تحسن العلاقة بين "ب" وأمها، تبع ذلك تحسن في المدرسة، ومع الوقت تحسنت علاقتها بأقرانها بعد أربع سنوات من تدريب الأم، كانت تقديرات المعلمين والأم والطفلة نفسها خالية من أي أعراض للاكتئاب أو القلق على الرغم من استمرار وجود مشكلات طفيفة في الانتباه، وحيث إنها لم تخضع لأي علاج طبي فقد استمرت في عدم تلقي أي علاج طبي واستمرت في البرامج المدرسية العادية.

قصة «ج»:

كان « ج » من أصل أسيوي وابنًا بالتبني، تعلم والداه مهارات الحل المعرفي في تدريب جماعي للآباء أعقبه علاج أسري حين كان "جـ" في الصف الثاني، في ذلك الوقت كان "جـ" اندفاعيا معارضا ومتهورا في المدرسة والمنزل. قبل تلقي برنامج الحل المعرفي للمشكلات الاجتماعية أخبر مدرس التربية البدنية والديه أن "جـ" طفل سيئ ووضيع، وكان يحرم من المشاركة في التربية البدنية وكان هذا يسبب له الحزن. باستخدام مفردات مهارات الحل المعرفي للمشكلات الاجتماعية، كان يوجه له السؤال ماذا حدث قبل أن يقول لك مدرس التربية البدنية إنك لا تستطيع اللعب؟ أجاب "جـ" أنه كان يعاكس الأولاد الآخرين ويثير الشغب، وحين سئل "جـ" ما الذي كان يستطيع أن يفعله حتى لا يحدث ما حدث (حرمانه من اللعب) أجاب "جـ" كان يمكن أن يقول لنفسه. " لا تعاكس الأولاد وتأكد أن يداك وقدماك في حالة هدوء" وقد حصل "جـ" في التقرير التالي على " أ " في السلوك في التربية البدنية. قبل برنامج الحلول المعرفية للمشكلات البينشخصية لم يكن "جـ" يحضر التقارير للمنزل لأنها كانت تجلب عليه العقاب والنصائح. وفيما بعد اتفق "جـ" مع والديه على توظيف التقارير بأسلوب جديد، وكانت التقارير تتضمن تقدير المعلمين لأداء "جـ" في أربعة مجالات هي أداء مهام التعلم داخل الصف، والواجب المنزلي وعلاقاته بالزملاء والالتزام بالقواعد، وكان التقدير يتم على سلم خماسي، واتفق والديه على الاستجابة للتقارير بطرح ثلاث أسئلة مطبوعة أسفل التقرير. الأول: ما الذي يجعلك تشعر بالسعادة في هذا التقرير؟ والثاني: هل هناك ما يجعلك تشعر بالحزن أو الإحباط؟ ما هو؟ والثالث: ما الذي تستطيع أن تعمله غدًا حتى يكون أفضل؟ بعد أسبوعين فقط، كان "جـ" يحصل على أعلى التقديرات في المجالات الأربعة، وكان يشعر بالفخر لأن لديه القوة لتحسين أوضاعه، وبعد عشر جلسات أصبح "جـ" تلميذًا أفضل ولديه أصدقاء أكثر.

أصبحت علاقة "جـ" بوالديه أكثر قربًا، ونظرًا لأنه تلقى مساعدة فيما يتعلق بتفكيره في مشاعره ومشاعر الآخرين، بما في ذلك شعور الآخرين عندما يصيح أو

يصرخ في وجوههم، فقد أصبح أكثر تفهمًا لأخيه الأصغر وهو من ذوى الاحتياجات الخاصة. وقد حدث أن صرخت الأم في وجه الأخ الأصغر وهنا سألها "جـ" في اعتقادك، كيف يشعر (الأخ الأصغر) حين تكلمينه بهذه الطريقة؟ وهنا اندهشت الأم حين وجدت أن "جـ" يستخدم أسئلة الحل المعرفي التي كانت هي تستخدمها معه. وحين سئل "جـ" عما تعلمه من الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية، قال إنه تعلم أن حلا معينا لا يصلح في كل المواقف، وبعد ثلاث سنوات، ونظرًا لتزايد الأعباء التعليمية على "جـ" وهو في الصف الخامس، قرر هو وأمه تلقي بعض العلاجات الطبية المنشطة بهدف تحسين أدائه المدرسي، وهو الآن في المرحلة المتوسطة، وعلى لوحة الشرف بالمدرسة.

قصة « ل »:

كان "ل" من ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة، وكان في الصف الثاني وملتحقا ببرنامج للموهوبين. حين التحق والداه ببرنامج للعلاج الأسري، وكان "ل" تحت علاج طبي منشط. أسرة "ل" من الطبقة المتوسطة من أصل كوبي وله أخ أصغر منه في مرحلة ما قبل المدرسة، وعلى الرغم من أن "ل" كان موهوبًا، فإنه كان لديه مشكلات مع والديه بشان الواجب المنزلي وعراكه مع أخيه الأصغر، وكان والداه يستخدمان العقاب والمكافأة تكنيككا في معالجة مشكلات الأسرة، ولم ينجح العقاب ولا المكافأة في إحداث التأثير المطلوب وتزايد الإحباط لدى الجميع، الآباء والأطفال. لقد تعرف "ل" وأسرته على برنامج الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية بعد حضور عرض مختصر له نظمته مدرسة "ل"، الذي اقترح على الأسرة أن تحضر بعض جلسات البرنامج لتتعلم كيف تحل مشكلاتها، بعد أن تعلمت الأسرة أهداف البرنامج وحددت أهدافها الخاصة من حضوره، بدأت التدريبات أو الألعاب التي تنصب على المشاعر، حيث يستمع كل فرد في الأسرة للآخرين دون إبداء أي تعليق، في هذه الأثناء شعر والدي "ل" أنه يصبح حزينًا عندما يصرخون فيه، ونتيجة لذلك كانت الأسرة تجتمع مرة أسبوعيًا لتلعب

ألعاب (تدريبات) الحل المعرفي للمشكلات بدلاً من الصراخ، وكان لدى "ل" مشكلة في المدرسة حيث لم يكن يركز في الدروس لأنه دائم التحدث مع أصدقائه. أثناء جلسات الحل المعرفي، فكر "ل" في الطرائق التي تساعده على حل مشكلته فطلب من معلمه أن يجلس بمفرده في مكان هادئ عند إنجاز بعض المهام التي تتطلب الهدوء، ثم يعود إلى مكانه بعد ذلك ، كما وضع خطة وجدول لعمل الواجب المنزلي، وأصبح مسئولاً عن إنجازه واتفق مع أخيه الصغير الذي يشتت انتباهه على أن ينتظر حتى ينتهي من الواجب ثم يلعبا معًا، وكان "ل" يستخدم مفردات الحل المعرفي "هذا ليس وقتًا مناسبًا" سوف ألعب معك بعد الانتهاء من الواجب، وقد تراجع معدل التوتر في الأسرة، وتوقفت الجلسات تمامًا بعد عشرة أسابيع.

بعد مضي عام حدث انتكاس في حال "ل" بعد تعرض الأسرة لحادث سيارة خطر وعانى أفراد الأسرة من اضطراب ما بعد الصدمة إلى جانب الإصابات الجسمية للوالدين، في البداية لم يستخدم الوالدان تكنيكات الحلول المعرفية للمشكلات البينشخصية وتدهورت سلوكيات "ل" وأداؤه المدرسي حيث اجتمع لديه اضطراب ما بعد الصدمة وقصور الانتباه وفرط الحركة، فأصبح على درجة عالية من الغضب والقلق والخوف من الوجود بمفرده في غرفته، وأحيانًا يهاجم أمه.

نظرًا للحادث المأسوي وما ترتب عليه من توتر، عاد "ل" وأسرته لتلقي العلاج طلبًا للمساندة. ومن خلال تعلم استخدام مفردات ومبادئ "الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية" في مواقف جديدة، استطاع "ل" أن يفكر في أشياء متنوعة يستطيع تصورها أو قولها لنفسه عند الشعور بالفزع. كما تم تدريبه على بعض تدريبات الاسترخاء كالتنفس العميق وسيلة إضافية للتغلب على الفزع – هذه المهارات الخاصة بالتصور البصري والتنفس العميق ببطء ومهارات خاصة باضطراب القلق، أتاحت له بدائل يختار منها عندما يواجه مشكلاته الجديدة.

وافق والدا "ل" على استخدام حوارات الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية بدلاً عن الصراخ في مواقف الإحباط مع "ل". أصبح الأب الذي كان يجد صعوبة في

تحمل الإحباط نظرًا لإصابته الجسمية في الحادث، أصبح يفكر في بدائل أخرى غير الصراخ عند شعوره بالغضب أو الإحباط، بالإضافة إلى توجيه المعلم إلى مراعاة ظروف الأسرة والتفكير في وسيلة لمساعدة "ل" عندما يصاب بالفزع كالسماح له بالذهاب إلى المرشد النفسي.

بعد شهور قليلة عادت الأسرة لما كانت عليه قبل الحادث، وبعد ٦ شهور عاد الوالد لممارسة مسئولياته في العمل - والآن أصبح "ل" في الصف السادس ويحصل على درجات جيدة، ويحقق مزيدًا من النضج وتحمل المسئولية، وأحيانًا مثله مثل غيره من ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة، قد لا يستعد لامتحان ما، أو يتأخر في البدء في إعداد بحث ما مما يتسبب في حصوله على درجة ضعيفة، ولأنه يتعلم من أخطائه فإنه يستذكر أو يبدأ العمل في وقت مناسب ولم يعد يخاف من وجوده منفردًا، لقد تعلم "ل" ووالداه أن يتشاركوا لحل المشكلات معًا، بما مهد الطريق لعلاقة إيجابية حميمة وقوي الروابط الأسرية بدرجة لم تحدث من قبل، وقد لاحظ "ل" أن الأسر الأخرى لا يستمع أفرادها بعضهم لبعض ولا يحلون مشكلاتهم كما يحدث في أسرته، وهذا ما يملؤه فخرًا بأسرته.

تعليق على كفاءة الحالات الإكلينيكية:

الأطفال الثلاث لديهم أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة، بالإضافة إلى أعراض أخرى مصاحبة لدى اثنين منهم وتشير البحوث والدراسات إلى تآني اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة مع بعض الاضطرابات المزاجية والقلق واضطرابات المسلك (٢٣)، وعلى الرغم من أن التراث يشير إلى أن التدريب المبني على أساس الحل المعرفي له تأثير ضعيف أو ليس له تأثير على تعديل سلوكيات التفاعل في مواقف الحياة الفعلية لدى الأطفال ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة (٥)، فقد يتحقق النجاح إذا ما انضم الوالدان للتدريب. هناك العديد من التقارير (٢٣) التي تشير إلى أن تقديم برامج التدخل والعلاج السلوكي المعرفي للأطفال ذوى قصور الانتباه وفرط النشاط والتي

تتضمن حل المشكلات تقدم للأطفال إما بصورة فردية أو مجموعات صغيرة. إن افتراض إحداث تأثير أكبر إذا ما انضم الوالدان للتدريب، يمكن تدعيمه بدراسة أجريت (٢٦) على مجموعة من ذوى قصور الانتباه وفرط النشاط ممن لا يتلقون علاجاً دوائيًا. استغرق البرنامج ٧ أسابيع وكانت أحد مكوناته حل المشكلات الاجتماعية وانضم الوالدان للبرنامج، وقد أفاد تقدير الآباء لأطفالهم أنهم تحسنوا كثيراً في ضبط الذات.

أفادت نتائج دراسة (٦) تضمنت التدريب على حل المشكلات الاجتماعية عدم وجود أي تأثير له دلالة على التحصيل أو المقاييس السلوكية والمعرفية لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ، كما أنه لم يساعد على سحب العلاج الدوائي. في هذه الدراسة حضر الآباء جلستين تدريبيتين، وطلب منهم تشجيع الأطفال وامتداحهم حين يعبرون عن اتجاه إيجابي نحو العمل المدرسي، كما كان يحصل الأطفال على نقاط لمكافئتهم على العمل الجاد وبذل أفضل ما لديهم، وتستبدل النقاط بلعب وذلك لتشجيعهم على المشاركة في البرنامج، هذه المكافآت لا يكون لها تأثير ما لم يتوفر لدى الطفل المهارة اللازمة للعمل. كان "ل" يطلب من المعلم أن يجلس بعيداً عن باقي الأطفال ليتجنب التشتت أثناء قيامه بالعمل المدرسي ، وكان هذا قراره ليقوم بالعمل الجاد، وبذل أفضل ما يستطيعه، وكانت نتيجة قرار "ل" تختلف تماماً عما لو كان المعلم هو الذي اتخذ القرار. على عكس أفراد عينة الحصول على نقاط يمكن استبدالها باللعب إذا ما عمل بجد (مكافأة خارجية) فإن مهارات حل المشكلات التي اكتسبها "ل" مؤخراً نمت لديه رغبة حقيقية في النجاح (مكافأة داخلية) وعلى عكس التجربة السابقة التي لم يؤد التدريب المعرفي فيها إلى التوقف عن العلاج الدوائي، فإن حوار الوالدين باستخدام مفردات الحل المعرفي قد أسهم في توقف "ل" عن العلاج الدوائي.

إن كيفية تدخل الوالدين الحميم في عمليات العلاج أهم من مجرد تدخلهم، يرى الكلينيكيون (١٤) الذين يستخدمون الاستراتيجيات المعرفية السلوكية[1] أن الكلينيكيين

(1) Cognitive - behavioral.

عليهم أن يسعوا ليصبحوا حساسين لمعتقدات الوالدين عن أسباب مشكلات أطفالهم، وإلا فيكون من الصعب على الآباء أن يتحمسوا للمشاركة في خطة علاجية لا تتفق مع فهمهم للمشكلة، ولذلك كان يشرح لهم المعالج تأثير الحالة النيورولوجية على سلوك الأطفال. ويتفق مع هذه التوصية أن ينظر الآباء إلى صعوبات أبنائهم في المدرسة والبيت باعتبارها مشكلات يمكن حلها وليست نتائج لمرض معين أو ظروف أسرية معينة لا يمكن التغلب عليها. وكان يوجه للوالدين تساؤل حول الحلول التي حاولوها في الماضي، وما إذا كانوا يريدوا أن يجربوا حلولاً جديدة، وكان يتم شرح الفروق بين حل المشكلة بطريقة الحل المعرفي، وغيرها من طرائق حل المشكلات كإعطاء أوامر، أو مطالبات، أو الضغط، وكيف تختلف عن الطرائق الإيجابية الشائعة في حل المشكلات كتقديم اقتراح بما يمكن عمله وما لا يمكن عمله وأسباب ذلك، ويبدأ التدريب بمشكلة بسيطة كمقاطعة الطفل للأب مثلاً، ويجرب الوالدان الطرائق المختلفة في التحدث مع أطفالهم بهذا الشأن ، ليتوصلا إلى أن الطريقة التي كانوا يتبعونها ليست سيئة ولكن طريقة الحل المعرفي تختلف عنها. وكان الآباء متحمسين لتجربة طرائق جديدة، إن انتقال علاقة الاحترام المتبادل بين الوالدين والمعالج أثناء الجلسات، إلى العلاقة بين الوالدين والأطفال في الواقع لعب دوراً أساسياً في نجاح التدخل.

لمساعدة الآباء على فهم سلوك أبنائهم قام بعض المعالجين المعرفيين السلوكيين بمساعدتهم على إعادة تأطير (أي وضع حدث معين في إطار جديد)[١] ما يقومون به. مثال: الأب/ الأم الذي يرى أن مزاحمة ابنه للأطفال الآخرين كسلوك هدام في طبيعته، يمكن مساعدتهما لكي يعيدا تفسير هذا السلوك كما يلي "ألاحظ تزاحم الأطفال حين يكون الفصل مزدحماً وتكون المواد محدودة وأقل من عددهم (١٤)، رغم أن إعادة التأطير يساعد الوالدين على فهم سلوك ابنهم بطريقة جديدة وتشجيع الجهد البناء لمواجهة المشكلة، فإن تدريب الآباء على المهارات المعرفية يوفر لهم أدوات لتعليم أبنائهم مهارات معينة لتحقيق ذلك.

(1) Reframing.

إلى جانب فهم الآباء لسلوك أبنائهم بحيث تصبح معتقداتهم متفقة مع برنامج التدخل الذي يتلقونه، فإن وضع تفضيلات الطفل (٥٧) في الاعتبار تعد وسيلة عملية لتحسين النتائج الكلينيكية. إن الاهتمام برؤية الطفل عند اختيار العلاج وتقييمه يعطي رسالة إيجابية عن كفاءته، وقيمته، ويعتبره مشاركًا في إجراءات العلاج، ويقدم للطفل فرصًا ليتعلم كيف يتخذ قرارات تتناسب معه شخصيًا ويقيمها ويعدلها. في كل حالة من الحالات الثلاثة التي تمت مناقشتها سابقًا، كان يستشار الأطفال في مشاركة الآباء في البرنامج وكانوا يوافقون على مشاركتهم، بل إن "ل" هو الذي طلب العلاج الأسري باستخدام المهارات المعرفية.

قضية التعميم:

قد يكون المنحى الذي اتخذه المعالج حيال الآباء هو الذي ساعد الأطفال على تعميم المهارات المعرفية الاجتماعية من جلسات التعلم إلى مواقف جديدة، وهو ما لا يحدث في أغلب الأحيان مع الأطفال ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة (٥٧)، وهناك نمطان أو أسلوبان للتعميم يمكن البحث عنهما عند تقييم برنامج ما: (١) نقل مكاسب ذات علاقة بالعلاج إلى مواقف لم يتناولها العلاج ولم يستهدفها وتتضمن المهارات التعليمية والاجتماعية. (٢) امتداد إيجابي للشخصية كتحسن في الكفاءة الذاتية، الاستعداد للمخاطرة وقبول التحدي، تحسن في تحمل الإحباط، والاتجاه الإيجابي نحو الدراسة والتعلم. لقد تلقى "ب" و"ل" مساعدة لنقل اتجاهاتهما نحو الدراسة والتعلم من خلال بطاقة فيها تقرير عن المنزل والمدرسة قام المعالج بتصميمها كان يتم الإجابة عنها بتكنيكات الحوار المستخدم في المهارات المعرفية وليس باستخدام النواتج الخارجية (السلبية في الغالب) وكان معلم "ب" رغم أنه لم يحضر التدريب، فإنه كان على وعي به وكان أكثر حساسية لمشاعرها عن ذي قبل.

إن التداخل بين مهام التدريب وأهداف التعميم أمر ضروري لتحقيق أفضل المكاسب(١٣). التدريب على تطبيق المهارات الجديدة على مهام متنوعة يقدم للطفل فرصًا ليتعلم كيف يطبق الاستراتيجيات على مواقف جديدة. إن هؤلاء الأطفال لم

يتعلموا كيف يفكرون في طرائق لحل المشكلات المتنوعة في مواقف متعددة بنجاح، إنما كان التعميم أيضًا عبر المواقف والزمن لاستمرار الحوار بينهم وبين آبائهم، واستمرار تعظيم الشعور بالتمكن لدى الآباء والأطفال.

إن التأثير التراكمي للعلاج أضاف إلى الشعور بالكفاءة الذاتية بما أدى إلى زيادة الدافعية في المدرسة وزيادة تحمل الإحباط لدى هؤلاء الأطفال، بالإضافة إلى استدخال عملية حل المشكلات أي التفكير في حلول متنوعة، وتقييم النتائج المتوقعة لكل حل بالإضافة إلى تحليل مشاعرهم ومشاعر الآخرين نحو هذه الحلول، ويقابل استدخال هذه العملية الاعتقاد أن هناك حلا معينا لمشكلة معينة كما يرى البعض (٧)، إن حل المشكلة يعني إيجاد حلول لمشكلات معينة، في حين يشير تطبيق الحل إلى عملية تنفيذ الحل في موقف مشكل، وليس تدريس حلول معينة لحل مشكلات معينة، بالإضافة إلى تشجيع تنفيذ الحل الذي قدمه الطفل وتنبأ له بنتائج إيجابية (من خلال محاورات الحل المعرفي للمشكلات الاجتماعية) مما يسهم في نمو قدرة هؤلاء الأطفال على ممارسة المهارات التي اكتسبوها من البرنامج في مواقف تختلف عن تلك التي تم فيها التدريب. لقد أشرنا سابقًا أن الأطفال المستهدفين بشدة للخطر وإن لم يقعوا تحت تصنيف إكلينيكي، استطاعوا أن يعمموا ما اكتسبوه من مهارات في برنامج الحل المعرفي من المجال الذي تم فيه التدريب وهو المنزل إلى مجالات أخرى كالمدرسة في حالة تلقي الآباء للتدريب. رغم أن المهارات الاجتماعية لم تكن تمثل مشكلة بالنسبة إلى "ل"، فإن التحسن في القدرة على حل مشكلات التفاعل الاجتماعي وتفهم الآخرين قد أسهمت في تحسن المهارات الاجتماعية لدى "ب" و "جـ".

حالات (التآني) الجمع بين[1] أكثر من اضطراب:

لم يعد هناك حالات اضطراب مصاحبة لقصور الانتباه وفرط الحركة لدى الحالات الثلاثة، بل أصبحوا أكثر قدرة على التعامل مع الاضطراب الأصلي، فلم تعد "ب" تعاني

(1) Comorbid Conditions.

من القلق أو الاكتئاب، بل أصبحت تحب المدرسة وتريد الانضمام لإحدى الفرق الرياضية، ورغم أنها مازالت تعاني من اضطراب الانتباه ولكن أداءها جيد حيث تعوض مشكلة قصور الانتباه بقوة الدافعية والثقة بالنفس، أما "جـ" فقد حل الاستخدام الفعال لمهارات حل المشكلات محل الاندفاعية والخلفة والسلوك الأهوج، وأصبح لديه علاقات جيدة بأقرانه، وهو لايزال يتلقى علاجا دوائيا ليس بسبب السلوك الشخصي وإنما بسبب الانتباه. أما "ل" ولم يكن لديه اضطراب مصاحب حتى تعرضه لحادث السيارة، حيث أصبح اضطراب ما بعد الصدمة عرضًا أساسيًا لديه، ولكنه بعد تلقي البرنامج لم يعد يعاني من أعراض ما بعد الصدمة، ولديه أنشطة تعوض قصور الانتباه وفرط الحركة وأداؤه جيد.

رغم أن الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية لا تشفي من أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة الأساسية، فإن البحث يشير (١٤) إلى أن المنحى المعرفي لحل المشكلات مناسب لعلاج المشكلات المصاحبة كالصراع بين الآباء والأبناء، وعلاج الأعراض المصاحبة كالقلق والاكتئاب والسلوك العدواني وهي الأعراض المصاحبة في حالة "ب"، "جـ" التي سبق عرضها، رغم أن التحسن يمكن أن يكون ولو جزئيًا نتيجة لتحسن في مشكلات الوظائف التنفيذية[1] الشائعة في اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة كالتخطيط واستخدام اللغة أو الحوار مع الذات وسيطًا في التنظيم الذاتي للسلوك، فقد تعلم الأطفال الثلاثة المهارات الأساسية التي يجب اكتسابها حتى يصبح العلاج المعرفي السلوكي فعالاً (٥٧) وهي القدرة على بعد النظر - استشراف النتائج والمهارة اللفظية في تخطيط وتوجيه وتقييم سلوكهم- قد يحقق الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية بناء التفاعل ونمطه داخل الأسرة الذي يزيد من تحديد بنية البيئة وهو ما يحتاجه ذوو قصور الانتباه وفرط الحركة.

(1) Executive functions.

مقدار التدريب:

رغم مما سبق ذكره عن مميزات الحل المعرفي وتحسين نتائجه، فقد نتساءل كيف يمكن أن تحدث تغيرات سلوكية وتستمر بعد ٦ أو ١٠ جلسات للعلاج الأسري أو تدريب الوالدين، يرى البعض (٢١) عند استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع حالات ذات أساس نيورولوجي كما في حالة قصور الانتباه وفرط الحركة، فقد لا يكون تم استخدامه بالتركيز أو الكثافة التي يتطلبها العلاج أي حاجة العميل الفعلية كما ورد في (١٤). على الرغم من أن عدد الجلسات العلاجية صغيراً نسبياً، فإن آباء الأطفال الذين شملتهم الدراسات كانوا يقدمون علاجًا مركزًا لأطفالهم يومًا بعد يوم من خلال ممارسة لعب برنامج الحلول المعرفية وحواراتها حول المشكلات التي تقع في المنزل أو المدرسة، بالإضافة لاتصالات تليفونية يقوم بها المعالج لتدعيم الأثر الباقي للعلاج وتتم كل ٣ أو ٤ أشهر ولمدة سنوات، وهي بمثابة جرعات تنشيطية غير رسمية.

بالإضافة إلى تكثيف التدريب وزيادة الروابط بين الطفل ووالديه، فإن التساؤلات التي يشملها حوار الحل المعرفي والتي تهدف إلى تنشيط وإثراء مهارات الحل المعرفي تساعد الأطفال على التصرف في المهام باستقلالية، أضف إلى ذلك أن الأطفال أصبحوا على وعي بالنتائج التي تترتب على سلوكهم، وكيف يشعرون هم ويشعر الآخرون حين يكون سلوكهم ليس على مستوى المسئولية، أو حين يتسببون في إيذاء الآخرين ماديًا أو انفعاليًا، إن الارتباط المتكرر بين الأسئلة التي يتضمنها حوار العمليات المعرفية الاجتماعية وإعادة توجيه السلوك[1] وتخطيط المهام مع الألعاب المرحة للحل المعرفي قد تؤدي إلى أن يصبح الأطفال أكثر استماعًا لآبائهم وأكثر إيجابية في تفاعلهم معهم.

---

(1) Redirecting.

دليل على كفاءة تأثير الحل المعرفي للمشكلات البينشخصية (أنا أعرف أحل المشكلة) على السلوك:

هناك تنويعات متعددة للعلاج المعرفي السلوكي (١٣) (١٤)، التي قد يكون لها دور قوي في كيفية تأثير تفكير الطفل على سلوكه، لا يدعي أحد أن الحل المعرفي هو أكثر الطرائق فاعلية في تحقيق ذلك، وإنما يقدم باعتباره طريقة مختلفة، رغم أن ما تحقق من نجاح مع الحالات الثلاث التي سبق عرضها أمر مشجع ولكن لابد أن نأخذ في الاعتبار أن الحالات الثلاث لم تحول بالطرائق التقليدية، إنما كان آباؤهم هم من بادؤا بطلب العلاج وكانت الحالات الثلاث ذات ذكاء متوسط، رغم أن "ل" عانى من صدمة، فإنها كانت مؤقتة. إذ إن الحل المعرفي قد لا يكون كافيًا بالنسبة للأباء ذوى الاضطرابات النفسية المزمنة، لقد وجد (١٠) أن أمهات الأطفال في الهيدستارت[1] الذين لا يصنفون في فئات كلينيكية، ولكن لديهم تاريخ سوء معاملة في طفولتهم وتعرضوا لعوامل خطر كالإصابة بالاكتئاب أو الغضب (خبرات وتعاطي)، كانوا مندمجين في برنامج لحل المشكلات واستفادوا منه بدرجة لا تقل عن الأمهات اللاتي لا يعانين من عوامل الخطر المذكورة. عندما روعي في البرنامج حاجات الآباء (كتوفير المواصلات، ورعاية الأطفال) استطاع الآباء المستهدفون لخطر الاضطراب العقلي أن يخفضوا من السلوك الخشن السلبي، والمعاملة غير المتسقة وغير الفعالة وأن يكونوا أكثر مساندة وإيجابية مع أطفالهم وذلك عند مقارنتهم بمجموعة ضابطة. ومع ذلك فإن هناك حاجة إلى بحوث لمقارنة الحل المعرفي ببعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي الأخرى مثل إعادة البناء المعرفي أو التدريب على العزو أو الجمع بين الحل المعرفي والعلاج السلوكي بتقديم مكافآت، كما أن هناك حاجة لدراسات للمقارنة بين تأثير العلاج على آباء ينطبق عليهم تشخيص إكلينيكي معين، وآباء عاديين، وقد يكون من المفيد المقارنة بين تدريب الأقران والمعلمين والآباء وهي توليفة تزيد مستوى تعميم

(1) Headstart.

التدريب (١٣). قبل أن ننتهي إلى أن الحل المعرفي وغيره من برامج التدخل لا تستطيع بمفردها أن تنجح مع الأطفال ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة، علينا أن ننظر إلى الحالات الثلاث التي تم عرضها وإلى الدراسات التي أشارت إلى انخفاض معدل الاندفاعية بعد تدريب معلمي الأطفال على الحل المعرفي، مما يقدم لنا مبرراً كافيًا لإجراء المزيد من الأبحاث التي تشرك الآباء مع أطفالهم في تلقي التدريب، وهي أبحاث قد تقدم لنا مزيداً من الفهم لما يجب القيام به حتى يتحقق التأثير على هؤلاء الأطفال داخل الأسرة والمدرسة.

أفكار ختامية:

لاحظ بعض الباحثين (٢٧) تزايد احتمال تصاعد المشكلات النمائية لدى النشء حين يتعرضون لعوامل خطر مثل النزاعات الأسرية ، والافتقار للروابط بين الآباء والأبناء ، واضطراب التنظيم ، واكتئاب أحد الوالدين أو كليهما، والوالدية غير الكفء والضغوط وغير ذلك من عوامل الخطر مقارنة بعوامل الحماية أو الصمود الفردي، ولذلك يجب توجيه الاهتمام بميكانيزمات الحماية وعمليات الصمود بالإضافة إلى الحد من عوامل الخطر في الأسرة، فالروابط بين الطفل والوالدين التي تنمو وتستمر في المراهقة كما وردت في بعض الدراسات (٣) تزود الطفل بمهارات التواصل التي تساعده على وضع أهداف يسعى لتحقيقها، وعلى الثقة في مواجهة تحديات جديدة أو ضغوط الرفاق، هؤلاء الأطفال تعلموا أنه مهما كانت صعوبة المواقف التي يواجهونها فسوف تقدم الأسرة الحماية ، حيث تستمتع للمشكلات وتتقبلها وهكذا سوف تحل تلك المشكلات، إن دعم الحل المعرفي للتواصل والتقبل هو ما يزيد الروابط ومشاعر التمكن وأن المشكلات يمكن حلها، كما عبر أحد الآباء تعلمت أنني كأب/ أم أستطيع أن أكون جزءاً من الحل بالنسبة لطفلي وليس إضافة للمشكلة. قبل أن استخدم هذه الطريقة "الحل المعرفي" كنت أحاول أن أمارس قوتي، وكنت لا أجد لدي قوة ، والآن نقوم بحل المشكلات معاً". حين سؤل الآباء بعد التدريب بسنتين أو أكثر عن مدى تكرار حواراتهم

مع أطفالهم، أجاب أحد الآباء – أنه لا يستطيع ذكر ذلك حيث أصبح الحوار أسلوب حياتهم، ولكن الحوارات حول المشكلات قليلة حيث يحل الأطفال مشكلاتهم بأنفسهم. الأطفال الذين عاشوا في بيئات تستخدم برنامج الحل المعرفي نمت لديهم قدرات ترتبط بالصمود، حيث تعلموا أن يفكروا لأنفسهم ويواجهوا التحديات اليومية غير المتوقعة.

REFERENCES

1- Aberson, B. (1996). *An intervention for improving executive functioning and social/emotional adjustment of ADHD children: Three single case design studies*. Unpublished doctoral dissertation. Miami Institute of Psychology.

2- Aberson, B., Albury, C., Gutting, S., Mann, F., & Trushin, B. (1986). *I can problem solve (ICPS): A cognitive training program for kindergarten children*. Report to the Bureau of Education, Miami, FL: Dade County Public Schools. Unpublished manuscript.

3- Aberson, B., & Ardila, A. (2000). *An intervention for improving executive functioning and social/emotional adjustment of three ADHD children. A four-year-follow-up*. Unpublished manuscript.

4- Abidin, R. (1990). *Parenting stress index—Short form*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.

5- Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: Less to it than meets the eye. *Journal of Learning Disabilities, 24*, 205–209.

6- Abikoff, H., & Gittelman, R. (1985). Hyperactive children treated with stimulants: Is cognitive training a useful adjunct? *Archives of General Psychiatry, 42*, 953–961.

7- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.

8- Allen, R. J. (1978). *An investigatory study of the effects of a cognitive approach to interpersonal problem solving on the behavior of emotionally upset psychosocially deprived preschool children*. Unpublished doctoral dissertation. Center for Minority Studies, Brookings Institute, Union Graduate School.

9- Arend, G., Gove, F. L., & Sroufe, L. A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development, 50*, 950–959.

10- Baydar, N., Jamila Reid, M., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child Development, 74*, 1433–1453.

11- Behar, L., & Stringfield, S. (1974). A behavior rating scale for the preschool child. *Developmental Psychology, 10*, 601–610.

12- Biederman, J., Newcom, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry, 148*, 564–577.

13- Braswell, L., & Kendall, P. C. (1988). Cognitive-behavioral methods with children. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 167–213). New York: Guilford.

14- Braswell, L., & Kendall, P. C. (2001). Cognitive-behavioral therapy with youth. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed., pp. 246–294). New York: Guilford.

15- Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children: Fostering strength, hope and optimism in your child*. New York: Contemporary Books.

16- Dawson, M., Raforth, M. A., & Carey, K. (1990). Best practices in assisting with promotion and retention decisions. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology II* (pp. 137–145). Washington, DC: National Association of School Psychologists.

17- Dodge, K. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology, 44*, 559–584.

18- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2001). Problem solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed., pp. 211–245). New York: Guilford.

19- Elias, M. J., Gara, M., Ubriaco, M., Rothman, P. A., Clabby, J. F., & Schuyler, T. (1986). Impact of a preventive social problem solving intervention on children's coping with middle-school stressors. *American Journal of Community Psychology, 14*, 259–276.

20- Feis, C. L., & Simons, C. (1985). Training preschool children in interpersonal cognitive problem-solving skills: A replication. *Prevention in Human Services, 14*, 59–70.

21- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Understanding and managing attention deficit hyperactivity disorder* (2nd ed.). New York: Wiley.
22- Higgens, J. P., & Thies, A. P. (1981). Problem solving and social position among emotionally disturbed boys. *American Journal of Orthopsychiatry, 51*, 356–358.
23- Hinshaw, S. P. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for viable treatments. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (2nd ed., pp. 88–128). New York: Guilford.
24- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H., & Unis, A. S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 76–85.
25- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 733–747.
26- Kirby, E. A. (1984, August). *Durable and generalized effects of cognitive behavior modification with attention deficit disorder children*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
27- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist, 58*, 457–465.
28- Lochman, J. E., & Dodge, K. A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 366–374.
29- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children "at risk"? *Psychological Bulletin, 102*, 357–389.
30- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior assessment system for children*. Circle Pines, MI: American Guidance Service.
31- Roff, J. D. (1984). Childhood aggression and social adjustment as antecedents of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12*, 111–126.
32- Rubin, K. H. (1985). Socially withdrawn children: An "at risk" population? In B. H. Schneider, K. H. Rubin, & J. E. Ledingham (Eds.), *Children's peer relations: Issues in assessment and intervention* (pp. 125–139). New York: Springer.
33- Sacco, W. P., & Graves, D. J. (1984). Childhood depression, interpersonal problem-solving, and self-ratings of performance. *Journal of Clinical Child Psychology, 13*, 10–15.
34- Shure, M. B. (1992a). *I can problem solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem solving program for children [preschool]*. Champaign, IL: Research Press.
35- Shure, M. B. (1992b). *I can problem solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem solving program for children [kindergarten/primary grades]*. Champaign, IL: Research Press.
36- Shure, M. B. (1992c). *I can problem solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem solving program for children [intermediate elementary grades]*. Champaign, IL: Research Press.
37- Shure, M. B. (1993). *Interpersonal problem solving and prevention. A comprehensive report of research and training: A five-year-longitudinal study (Report #MH-40801)*. Washington, DC: National Institute of Mental Health.
38- Shure, M. B. (1996). *Raising a thinking child: Help your young child resolve everyday conflicts and get along with others*. New York: Pocket Books.
39- Shure, M. B. (2000). *Raising a thinking child workbook*. Champaign, IL: Research Press.
40- Shure, M. B. (2001). *Raising a thinking preteen. The I can problem solve program for 8- to 12-year-olds*. New York: Owl/Holt.
41- Shure, M. B. (2003). A problem solving approach to preventing early high-risk behaviors in children and preteens. In D. Romer (Ed.), *Preventing adolescent risk* (pp. 85–92). Thousand Oaks, CA: Sage.

63- Shure, M. B., & Spivack, G. (1972). Means–ends thinking, adjustment, and social class among elementary-school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38*, 348–353.

64- Shure, M. B., & Spivack, G. (1974). *Preschool interpersonal problem solving (PIPS) test*. Philadelphia: Hahnemann University.

65- Shure, M. B., & Spivack, G. (1979). Interpersonal problem solving thinking and adjustment in the mother–child dyad. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Vol. III. Social competence in children* (pp. 201–219). Hanover, NH: University Press of New England.

66- Shure, M. B., & Spivack, G. (1980). Interpersonal problem solving as a mediator of behavioral adjustment in preschool and kindergarten children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 1*, 29–44.

67- Shure, M. B., & Spivack, G. (1982). Interpersonal problem solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology, 10*, 341–356.

68- Shure, M. B., & Spivack, G. (1990). *What happens next game (WHNG)* (2nd ed.). Philadelphia: Hahnemann University.

69- Shure, M. B., Spivack, G., & Jaeger, M. A. (1971). Problem-solving thinking and adjustment among disadvantaged preschool children. *Child Development, 42*, 1791–1803.

70- Small, R. W., & Schinke, S. P. (1983). Teaching competence in residential group care: Cognitive problem solving and interpersonal skills training with emotionally disturbed preadolescents. *Journal of Social Service Research, 7*, 1–16.

71- Spivack, G., & Shure, M. B. (1982). Interpersonal cognitive problem-solving and clinical theory. In B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in child clinical psychology, Vol. 5* (pp. 323–372). New York: Plenum.

72- Spivack, G., & Swift, M. (1967). *Devereux Elementary School Behavior (DESB) rating scale manual*. Devon, PA: Devereux Foundation.

73- Weddle, K. D., & Williams, F. (1993). *Implementing and assessing the effectiveness of the interpersonal cognitive problem solving (ICPS) curriculum in four experimental and four control classrooms*. Unpublished manuscript, Memphis State University.

74- Weissberg, R. P., & Gesten, E. L. (1982). Considerations for developing effective school-based social problem-solving (SPS) training programs. *School Psychology Review, 11*, 56–63.

75- Weissberg, R. P., Gesten, E. L., Carnrike, C. L., Toro, P. A., Rapkin, B. D., Davidson, B. et al. (1981). Social problem solving skills training: A competence-building intervention with second- to fourth-grade children. *American Journal of Community Psychology, 9*, 411–423.

76- Weissberg, R. P., Gesten, E. L., Liebenstein, N. L., Doherty-Schmid, K. D., & Hutton, H. (1979). *The Rochester social problem solving (SPS) program. A training manual for teachers of 2nd–4th grade children*. Rochester, NY: Center for Community Study, University of Rochester.

77- Whalen, C. K., & Henker, B. (1991). Therapies for hyperactive children: Comparisons, combinations, and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 126–137.

78- Yu, P., Harris, G., Solovitz, B., & Franklin, J. (1985). *A preventive intervention program for children at high risk for later psychopathology*. Austin, TX: Texas Department of Mental Health and Mental Retardation. Unpublished report.

الجزء الخامس

خـــاتمـــة

الفصل الثالث والعشرون

مستقبل الأطفال اليوم

سام جولدشتين، روبرت بروكس

كيف لنا أن نتنبأ بمستقبل الأطفال اليوم؟ ما الإحصائيات التي علينا فحصها؟ ما المخرجات التي علينا قياسها؟ ما المعادلات التي علينا حسابها؟ لا توجد إجابات دقيقة عن هذه الأسئلة، لقد سعينا في هذا المجلد إلى تناول هذه القضايا من خلال دراسة الصمود وعملياته وتطبيقاتها الإكلينيكية، كما سعينا إلى تناول أي المتغيرات وأي العمليات التي تتفاعل داخل الطفل، وأسرته ومجتمعه لتتغلب على الآثار السلبية للمحن والصعاب، وبالتالي تزيد من احتمالات البقاء. بعض هذه العمليات تساعد على الحماية من الآثار السلبية لبعض الضغوط والمنغصات، وبعضها ينشط النمو. بإحساس صادق نستطيع أن نقول إن دراسة الصمود باعتبارها مخرجًا جمعت من المعلومات ما نأمل أن يستخدم ليشكل ويغير المستقبل للأفضل.

ما مستقبل الأطفال اليوم؟ يعلن "المركز القومي للأطفال الذين يعانون الفقر"[1] (٩) أن طفلاً من كل ٦ أطفال في أمريكا يعاني من الفقر، وتزداد هذه النسب في الدول النامية، ويرتبط الفقر بالعديد من عوامل الخطر والمنغصات المزمنة التي تهدد النمو بدءًا من التعرض للعنف، والافتقار للرعاية الطبية والتربوية والنفسية المناسبة إلى

(1) The National center for children in Poverty.

جانب سوء التغذية (٧)، وكما أشار العديد من كتاب هذا المجلد، إلى أن الضغوط التي يتعرض لها الأطفال في مراحل النمو تزيد من استهدافهم للنتائج السلبية والصعاب بما في ذلك التوافق الدراسي والمهني والنفسي والوجداني، ويمتد سوء التوافق إلى الرشد (١٣)، وكلما كان الطفل أصغر كان أكثر استهدافًا للاضطراب (٥). هناك العديد من المعوقات التي تحول دون التغيير بما في ذلك عدم تفهم العوامل أو القوى التي تحمي الأطفال المستهدفين، وكذلك إتاحة الخدمات التي ثبتت فائدتها لهؤلاء الأطفال في خطر، لقد صدر تقرير (١٠) (١١) (١٤) يتضمن الأولويات اللازم توفرها للحد من وصمة الفقر وزيادة إتاحة الخدمات سواء في القياس (التشخيص) أو العلاج والاستفادة من الموارد المتاحة في المجتمع وبناء شراكة بين العاملين المختصين في المجال.

هذه التقارير وما قدمته من بيانات تثير الألم حول ما يحمله المستقبل للأطفال على أساس التقديرات الخاصة بأدائهم وواقعهم اليوم[1]. ومع ذلك فمازالت معرفتنا بالعوامل التي يمكن أن تحمي الأطفال في تزايد، فنحن نعرف كيف نساعد الأطفال المستهدفين، أو الأطفال عمومًا لينتقلوا إلى مرحلة الرشد بنجاح. وكما أشار الكتاب في هذا المجلد إلى أنهم بدأوا العمل لزيادة الفهم وخلق علم تطبيقي، وبناء نموذج يتناول الطفل ككل أو كوحدة ويركز على الكفاءة، والإطار الذين يعيش فيه ويسهم في بناء صحته النفسية والجسمية. ويؤكد (٥) على كفاءة الطفل ككل وليس اضطراباته أو قصوره وهذا هو جوهر هذا المنحى، وهكذا فإن نموذج الصمود يجب أن يركز على الأطفال من خلال دراسة المهام التي عليهم إنجازها وإتقانها في كل مرحلة عمرية خلال رحلتهم إلى الرشد، عندما نفهم هذه المهام بصورة أفضل ونفهم القوى التي تدعم التمكن منها، نصبح أكثر استعدادًا لبناء الصمود لدى كل الأطفال، يركز هذا النموذج

(1) National Advisory Mental Health councils workgroup on child and Adolescent Mental Health, Intervenation Development and Deployment 2001, National Institute of Health and Mental Health 1998 US Department of Health and Human Services 1999.

في جوهره على المقومات والقدرات وليس جوانب القصور، في هذا النموذج يشكل التفاعل بين الطفل وبيئته الإطار الذي يتم فيه النمو كما يركز النموذج على الراشدين في حياة الطفل القادرين على الإسهام في نموه نمواً صحيحاً ونمو الصمود لديه، أخيراً فإن هذا النموذج يركز على كفاءات الطفل وليس أوجه القصور التي تم قياسها على أساس قوائم جاهزة للسلوك المضطرب.

إن تدقيق النظر في مستقبل النوع البشري هو أن تدقق في عيون الأطفال، فالمستقبل يتحدد بنجاح أو فشل جهودنا في إعداد الأطفال حتى يصبحوا سعداء وأصحاء وفاعلين، وعندما يصبحون راشدين يكونون أصحاء قادرين على العطاء في المجتمع. ولكن مهمة تنشئة الأطفال وإعداد الأجيال لتأخذ دورها في الحياة أمر تتزايد صعوبته، قد يكون لتعقد الثقافة وما صاحب ذلك من مخاطر وتهديد أضافت إلى المحن والصعاب التي يتعرض لها الشباب كالانحراف ومشكلات الصحة العقلية والصعوبات الأكاديمية، وقد انعكس ذلك على زيادة صعوبة غرس الخصائص الضرورية للسعادة والصحة والنجاح لدى الأطفال. في هذا الإطار يقف الطب والصحة النفسية والتربية في مفترق طرق. ويعكس هذا المسار جهود واعية لمساعدة الأطفال كل الأطفال على أن يصبحوا أكفاء في أسلوب تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكهم بما يمكن أن يقيهم، بل ما سوف يقيهم ويعزلهم عن الكثير من الصعاب والمحن التي قد تواجههم في عالمنا هذا. لقد تناول الفصل الثاني من هذا المجلد الموجة الثالثة من دراسات تتناول الجهود التي تحول النظرية والفروض العلمية إلى الممارسة الكلينيكية. إن ما تناوله هذا الكتاب بكل ما يحققه من اتساع وعمق وشمول وجودة يمثل عملاً واعداً. وكما أشار(١) بل أن الصمود يمكن استنباته وتقويته لدى جميع الشباب.

يتعرض هذا المجلد للجهود والبحوث المتنامية التي تركز على فهم أدوات الشباب وأساليبهم في التغلب على المحن والصعاب التي تسحق غيرهم، فمثلاً رغم ارتفاع معدلات الاضطراب العقلي لدى أطفال الأمهات المصابات بالاكتئاب، فإن هناك أعدادا ضخمة من أطفال الأمهات المصابات بالاكتئاب قد حققوا أداء مقبولاً وسوياً على

المستوى النفسي الاجتماعي (٤). كيف تدبر هؤلاء الأطفال أمرهم وحققوا التوائم الإيجابي على الرغم من تعرضهم لهذه الظروف الصعبة؟ أحد المناحي لدراسة النواتج التي تتسم بالصمود في مواجهة المحن والصعاب هو قياس العوامل الحامية الواقية التي تتفاعل مع مصادر الخطر، وكذلك الموارد ذات التأثير الإيجابي على الأفراد سواء تعرضوا لمخاطر شديدة أو بسيطة (٣). في دراسة حديثة (٢) تمت دراسة العلاقة بين الآباء والأبناء بالتفصيل كمنبئات بنواتج الصمود لدى أطفال الأمهات المكتئبات، ووجد أن الأم المصابة بالاكتئاب تفتقر إلى الصفات الوالدية الأمثل مقارنة بالأم غير المصابة (٨). وفي دراسة تتبعية أجريت على ٨٠٠ مراهق في سن ١٥ سنة وآبائهم، وجد أن العلاقة الإيجابية بين الطفل والوالدين تعمل باعتبارها عاملا واقيا أو عامل حماية في المراهقة في حالة وجود تاريخ مرضي بالاكتئاب حيث ارتبط إدراك الدفء العاطفي والتقبل والارتباط الوجداني بمعدلات صمود أعلى. وتتسق هذه النتائج مع غيرها، ومن المحتمل أن تعمل هذه الخصائص باعتبارها عوامل مصدرية[1] حتى بالنسبة لأطفال الأمهات غير الاكتئابيات. في الواقع أن الصفات الوالدية التي قاسها هؤلاء الباحثون لها نفس اتجاه التأثير سواء كانت الأمهات اكتئابيات أو غير اكتئابيات.

هل يمكن تطبيق هذه النتائج لبناء علم تطبيقي للصمود ؟ لقد أقر كثير من الباحثين (١٢) بإمكانية ذلك، فقد حدد هذا الفريق العلمي عوامل الخطر المرتبطة بالسلوك المضطرب والعدواني لدى الأطفال ونظموا زيارات منزلية للأمهات في مرحلة الحمل والطفولة المبكرة وتمت متابعة أطفال هؤلاء الأمهات بعد ١٥ سنة، وكان معظم الأمهات في بداية الدراسة في سن ١٨ سنة أو أقل، لقد خفض هذا البرنامج من تأثير ثلاثة مجالات للخطر ترتبط بمشكلات سلوكية لدى الأطفال، تضمن تأثير البرنامج انخفاض في معدل التعاطي أثناء الحمل ، وانخفاض في معدل سوء معاملة الطفل، انخفاض في حجم الأسرة عن طريق تنظيم الفترات بين حمل وآخر. كما خفض الاعتماد المستمر على المعونة الاجتماعية. وهكذا استطاع برنامج الزيارات المنزلية في

(1) Resource factors.

مرحلة الحمل والطفولة المبكرة أن يتغلب على مخاطر قد تؤدي إلى محن، وأن يرفع من الصمود بين الأطفال والشباب الذين ولدوا في أسرة في ظروف صعبة أو ظروف خطرة.

يرى (٦) أن مع الوقت سوف تتجمع وتتكامل بحوث كافية بما يؤدي إلى خلق "نموذج للممارسة أساسه الصمود[1]". ويرى هؤلاء الباحثون أن هذه الممارسة تقدم إطاراً للعمل لتصور الظروف النفسية والوجدانية والسلوكية في الطفولة بعيداً عن وصف الاضطرابات والأعراض. هذا النموذج سوف يقدم علامات وارتباطات وأسباب تصنف الأيكولوجي إلى ظروف بيئية عامة، وظروف الأسرة والمدرسة، وظروف الجيرة والظروف النفسية والبيولوجية. مثل هذا النموذج يتفق على أن بعض عوامل الخطر تسهم بصورة فريدة في بعض المشكلات، وأن بعض عوامل الوقاية تعزل الفرد عن بعض المشكلات، كما أنها ذات تأثير إيجابي على الشباب. وفي وجود هذا النموذج يمكن للكلينيكين اختيار أفضل مسار للعلاج بالنسبة لكل فرد بالاستفادة من العوامل الواقية والحد من عوامل الخطر، والقيام بالتدخل المباشر تبعاً لحاجة الحالة. ويشير هؤلاء الباحثون إلى أن هذا التصور مبني على فكرة أن مشكلات الطفولة تحددها عوامل متعددة[2]. أي أنها تنشأ نتيجة لأسباب متعددة على مستوى الفرد أو الأسرة أو المجتمع أو البيئة العامة، ولكي يستخدم هذا النموذج بفاعلية لابد من أن يجتاز الكلينيكيون عتبة معلوماتية معينة، تتضمن ما يأتي:

* معرفة أساسية أولية بالخطر والحماية.

* معرفة خاصة ومحددة بعوامل الخطر والحماية لمشكلات أو اضطرابات بعينها.

* معرفة خاصة ومحددة بعوامل الخطر والحماية في المجتمع المحلي.

* معرفة بدراسات التدخل حتى يمكن استخدام استراتيجيات التغير الفعالة للحد

---

(1) Resilience based model of practice.

(2) Multi- determined.

من تأثير الخطر.

* معرفة بأبحاث التدخل بحيث يمكن استخدام استراتيجيات التغير الفعالة لتقوية ميكانيزمات الحماية.

هناك مقالة حديثة (١٥) تعكس الاهتمام المتزايد بتطبيق عمليات الصمود من خلال نموذج وقائي، ومع ذلك فهناك عمل كثير يجب القيام به حتى يمكن التوصل إلى تقييم منظم للعمليات الكثيرة التي تسهم في تحديد ما يحققه الطفل من نتائج أو تلك التي تيسر أو تعوق أو تعدل تلك النتائج، هذه العمليات داخل الأطفال، وأسرهم والبيئة التي يعيشون فيها.

هناك بحوث ودراسات كثيرة يجب القيام بها لفهم أفضل الطرائق لتنمية هذه المعرفة حتى تصبح مكونًا في تنشئة الأطفال والحفاظ على صحتهم العقلية، وإن الآمال تتجه إلى أن يؤدي التطبيق الإكلينيكي لعمليات الصمود إلى نموذج وقائي أولي ، وهذا ما يعتبره (١٥) استثمارًا حقيقيًا في مستقبل المجتمع الإنساني.

REFERENCES

1-Bell. C. C. (2001). Cultivating resiliency in youth. *Journal of Adolescent Health, 29*, 375–381.

2-Brennan. P. A., Le Brocque, R., & Hammen. C. (2003). Maternal depression, parent–child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1469–1477.

3-Conrad. M., & Hammen. C. (1993). Protective and resource factors in high- and low-risk children: A comparison of children with unipolar, bipolar, medically ill, and normal mothers. *Developmental Psychopathology, 5*, 593–607.

4-Downey. G., & Coyne. J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychology Bulletin, 108*, 50–76.

5-Fantuzzo. J., McWayne. C., & Bulotsky. R. (2003). Forging strategic partnerships to advance mental health science and practice for vulnerable children. *School Psychology Quarterly, 32*(1), 17–37.

6-Fraser. M. W., & Galinsky. M. J. (1997). Toward a resilience-based model of practice. In M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective.* Washington, DC: National Association of Social Workers Press.

7-Garbarino. J. (1995). *Raising children in a socially toxic environment.* San Francisco: Josey-Bass.

8-Goodman, S., & Gotlib. I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychology Bulletin. 106*, 458–490.

9-National Center for Children in Poverty (NCCP). (2002, March). *Child poverty fact sheet: Low-income children in the United States: A brief demographic profile.* New York: National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health, Columbia University.

10-National Advisory Mental Health Council's Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention, Development and Deployment. (2001). *Blueprint for change: Research on child and adolescent mental health.* Rockville, MD: National Instiute of Mental Health.

11-National Institute of Health and National Institute Mental Health. (1998). *Bridging science and service. A report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup.* Washington, DC: National Institute of Mental Health.

12-Olds. D., Pettit. L., Robinson. J., & Henderson. C. (1998). Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology, 26*, 65–83.

13-Shore. R. (1997). *Re-thinking the brain: New insights into early development.* New York: Families and Work Institute.

14-U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report by the surgeon general.* Rockville, MD: Author.

15-Weissberg. R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. E. P. (2003). Prevention that works for children and youth. *American Psychologist, 58*, 425–432.

المحرران فى سطور :

- سام جولد شتين

مركز علم الأعصاب والتعليم والسلوك جامعة يوتا - كلية الطب .

- روبرت بروكس

كلية الطب - هارفارد - مستشفى ماكلين .

المترجمة في سطور :

صفاء يوسف الأعسر

- أستاذ غير متفرغ - قسم علم النفس - كلية البنات - جامعة عين شمس .

- لها مؤلفات وترجمات في دافعية الإنجاز والتفكير الإبداعي والذكاء الوجداني وغيرها من موضوعات علم النفس الإيجابي .

- أشرفت على العديد من رسائل الماچستير والدكتوراه كما صممت ونفذت العديد من برامج تنمية الإمكانات البشرية .

- شاركت في بحوث ميدانية وبرامج إثرائية على المستوى القومى .

- أنشأت مركز تنمية الإمكانات البشرية بكلية البنات جامعة عين شمس .

التصحيح اللغوي : ريبال الحساني

الإشراف الفني : حسن كامل